



Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg amt

Madsen, Marlene Dyrlov

Publication date:
2004

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link back to DTU Orbit](#)

Citation (APA):
Madsen, M. D. (2004). *Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg amt*. Risø National Laboratory. Denmark. Forskningscenter Risoe. Risoe-R No. 1471(DA)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



***Sikkerhedskultur på sygehuse
-resultater fra en
spørgeskemaundersøgelse
i Frederiksborg amt***

Hovedrapport

Marlene Dyrlov Madsen, ph.d.-stud.

**Forskningscenter Risø, Afd. for Systemanalyse
Roskilde Universitetscenter, Afd. for Filosofi og
Videnskabsteori**

Forfatter: Marlene Dyrlov Madsen
Titel: Sikkerhedskultur på sygehuse - resultater fra en spørgeskemaundersøgelse i Frederiksborg amt
Afdeling: Afdeling for Systemanalyse

Risø-R-1471(DA)
Juni 2004

Resume:

ISSN 0106-2840
ISBN 87-550-3355-5

Dette er hovedrapporten (resultater og analyser) af et samarbejds-projekt mellem Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (FAS) og Forskningscenter Risø med det formål at få større viden om og indsigt i sikkerhedskultur i forbindelse med rapportering, gennem spørgeskema-undersøgelsen "Sikkerhedskultur på sygehuse" foretaget i henholdsvis juni 2003 (før) og januar 2004 (efter). (De deskriptive opgørelser af responsdata er indeholdt som appendiks (80 sider) til denne rapport og kan hentes på følgende adresse: www.risoe.dk/rispubl/SYS/syspdf/ris-r-1471_add.pdf)

Formålene med spørgeskemaundersøgelsen var:

- at indfange patientsikkerhedskulturen på de enkelte afsnit for at undersøge de underliggende værdier, holdninger og antagelser
- at undersøge om der er forskelle på sikkerhedskulturen på de forskellige afsnit, samt karakteren af disse forskelle
- at måle effekten af FAS's pilottest (4 måneder) af et rapporteringssystem på sikkerhedskulturen
- at tilskynde til at der igangsattes en proces på afsnittene fokuseret på læringskulturen omkring utilsigtede hændelser

Konklusion på spørgeskemaundersøgelsen er:

- at effekten af interventionen ikke har været så markant, som det var ønsket, men at der er flere gode (hypotetiske) forklaringer herpå.
- at der er stor forskel på niveauet af sikkerhedskultur i amtet, og at denne spænder fra hvad man kan betegne som meget moden til umoden
- at det gennemsnitlige niveau af sikkerhedskultur i amtets undersøgte afsnit må siges at være tilfredsstillende, om end der tydeligvis er plads til forbedringer
- at resultaterne viser at forskellene mellem afsnittene er konsistente: det vil sige at der er en tendens til, at når et afsnit udviser et højt [lavt] niveau af sikkerhedskultur på en faktor, da vil den også udvise et højt [lavt] niveau på de andre faktorer
- at særligt spørgsmål om rapportering og læring, tillid og retfærdighed, kommunikation og samarbejde, samt ledelsens synlighed og engagement på konsistent vis opdeler afsnittene, medens den samme tendens – men i mindre udpræget grad – gælder for ansvar og risikoperception og risikoadfærd
- at den sikkerhedskulturelle faktor der omhandler kompetence, stress og træthed, ikke i alle tilfælde direkte afleder niveauet af sikkerhedskultur.

Anbefalinger på baggrund af undersøgelsens konklusion:

- at man i det enkelte afsnit for det første søger at udarbejde en fælles erkendelse af hvilke barrierer, der skal overvindes for at sikre en systematisk erfaringsopsamling og læring af utilsigtede hændelser
- at man så vidt muligt, søger at skabe forandringer i de eksisterende traditioner og "historier" gennem synliggørelse og afskaffelse af tilbøjeligheder til at "gå efter manden", frem for "efter bolden", når der sker utilsigtede hændelser
- at man på alle niveauer i organisationen søger at skabe (registrere og genfortælle) nye "historier" om hvordan man har klaret at lære af hændelser, hvordan personale, som alle ser op til, kan berette om egne fejl, og om hvordan ledelsen i afsnittet bekymrer sig om både patienter og personale
- at man arbejder med den interne kommunikation og specielt hvad angår formidling af den nye mission: rapportering af fejl og hændelser for læringens og forebyggelsens skyld
- at man opbygger nye netværk i organisationen, f.eks. i form af erfaringsgrupper, netværk af patientsikkerhedsansvarlige e.l..

Derudover er det vigtigt at den nye lov om rapportering af utilsigtede hændelser og Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen's eget rapporteringssystem for utilsigtede hændelser fra starten bliver koblet direkte til lokal læring, således at den enkelte afdeling oplever, at rapporteringen og bearbejdningen af hændelser giver mening i dagligdagen, og at indsatsen nytter og påskønnes.

Sponsorship:
Frederiksborg County, Denmark

Sider: 46
Tabeller: 2
Referencer: 43

Forskningscenter Risø
Afdelingen for Informationsservice
Postboks 49
DK-4000 Roskilde
Danmark
Telefon +45 46774004
bibl@risoe.dk
Fax +45 46774013
www.risoe.dk

Indhold

Indhold 3

Forord 4

1 Baggrund og formål 6

2 Sikkerhedskultur på sygehuse 6

3 Rapportens opbygning 7

4 Resultater datagrundlag 8

5 Analyse og diskussion 10

5.1 Læring og rapportering 11

5.1.1 Resultater 12

5.2 Ansvar 15

5.2.1 Resultater 15

5.3 Tillid og retfærdighed 16

5.3.1 Resultater 18

5.4 Kommunikation og samarbejde 19

5.4.1 Ledelsens synlighed og engagement 19

5.4.2 Resultater 20

5.5 Risikoperception og adfærd 20

5.5.1 Resultater 21

5.6 Kompetence, stress og træthed: anerkendelse af generelle og egne menneskelige begrænsninger 23

5.6.1 Arbejdsmiljø / psykosociale forhold 23

5.6.2 Resultater 24

6 Vurdering af effekt af intervention 25

7 Konklusion 26

8 Anbefalinger 27

Referencer 28

Bilag: Spørgeskema 31

Spørgeskema historik 31

Forord

Et nationalt rapporteringssystem til utilsigtede hændelser og nærhændelser i sygehussektoren indførtes 1. januar 2004 og en pilottest af et rapporteringssystem i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (FAS) blev afsluttet 15. januar 2004. Erfaringer fra internationale undersøgelser både fra det medicinske domæne og luftfarten viser, at sådanne systemers succes afhænger af personalets rapporteringsvillighed og dermed sikkerhedskulturen på den enkelte afdeling (1).

Med dette som udgangspunkt iværksattes i foråret 2003 et samarbejdsprojekt mellem FAS og Forskningscenter Risø med det formål at få større viden om og indsigt i sikkerhedskultur i forbindelse med rapportering. I juni 2003 blev der udsendt et spørgeskema til personalet på syv afsnit, fordelt på tre af amtets sygehuse inden for følgende specialer: anæstesi/intensiv, kirurgi og medicin, med henblik på at måle sikkerhedskulturen på de enkelte afsnit. Endvidere påbegyndtes 15. september 2003 en pilottest af et rapporteringssystem på fire af afsnittene understøttet af undervisning af nøglepersoner i brugen heraf og generelle emner relateret til rapportering. Pilottesten afsluttedes 15. januar 2004, hvorefter spørgeskemaet til måling af sikkerhedskultur endnu engang blev sendt ud på alle 7 afsnit. Evalueringsrapport (2) er blevet udarbejdet og brugt som grundlag for FAS's nuværende rapporteringssystem (3). Evalueringsrapporten og beskrivelsen af rapporteringssystemet kan rekvireres hos RiskEnheden, FoQUS, Helsevej 2, indgang 50 B, tlf.: 48 29 46 64, www.foqus.fa.dk

Nærværende rapport indeholder resultater og analyser af spørgeskemaundersøgelsen "Sikkerhedskultur på sygehuse" foretaget i henholdsvis juni 2003 (før) og januar 2004 (efter), samt spørgeskemaet fra 2004, som bilag. Der er lagt vægt på at rapporten kan læses af andre end de implicerede parter, idet forholdet til og udviklingen af en positiv sikkerhedskultur på afsnits- og afdelingsniveau er af general relevans. Rapporten kan hentes i elektronisk format på følgende adresse: www.risoe.dk/rispubl/SYS/syspdf/ris-r-1471.pdf

De deskriptive opgørelser – frekvenstabeller - af responsdata fra 'før' og 'efter' er indeholdt som appendiks (80 sider) til denne rapport, og vil være af særlig interesse for de involverede afsnit, mens rapporten kan læses uafhængigt heraf. Frekvenstabellerne kan hentes i elektronisk format på følgende adresse: www.risoe.dk/rispubl/SYS/syspdf/ris-r-1471_add.pdf

Da der er givet løfte om anonymitet, er dette naturligvis overholdt, og derfor videregives ingen data i en form, som kan kobles til den enkelte respondent eller til det enkelte afsnit. Resultaterne opsummeres derfor i generelle termer i rapporten ligesom der til responsdata i Appendiks er brugt en simpel numerisk kode, 1-7 for hvert afsnit, hvor kun det enkelte afsnit kender sin egen kode. De involverede afsnit kan i Appendiks se deres individuelle resultater, og hvad angår graden af modenhed, er det muligt for afsnittene at sammenholde disse med analyserne og finde svar herpå. Det er vigtigt at understrege, at man kan være mere eller mindre moden inden for forskellige sikkerhedskulturelle faktorer, hvilket datamaterialet også viser. Men samtidig er der indbyrdes korrelation

mellem faktorerne; dvs. hvis et afsnit tilhører den ”mere modne” [”gode”] halvdel for en given faktor, da er det mere sandsynligt at den også vil tilhøre den ”mere modne” halvdel – frem for den ”mindre modne” for en vilkårlig anden faktor, da faktorerne har tæt gensidig indflydelse.

Jeg vil endnu engang benytte lejligheden til at takke alle for deres tid og indsats. Det gælder både personalet der har brugt tid på at besvare spørgeskemaet, og sparringspartnere på projektet; Inge Ulriksen og Henriette Lipczak (RiskEnheden) for praktisk hjælp, sparring og støtte; Kvalitetschef, chef for FoQUS Anne Mette Fugleholm og Chef for Patientkontoret Tove Tovgård for opbakning; samt min vejleder Senior forsker Henning Boje Andersen, Risø for uundværlig hjælp og bidrag til projektet og rapporten.

Marlene Dyrlov Madsen
Forskningscenter Risø
Juni 2004

1 Baggrund og formål

Promovering og opbygning af sikkerhedskultur i sundhedsvæsenet er blevet en central del af patientsikkerhedsarbejdet, såvel internationalt som nationalt. Man arbejder ud fra den hypotese at en positiv sikkerhedskultur kan medvirke til at reducere patientskader og hermed det afledte træk på økonomiske ressourcer (4). En positiv sikkerhedskultur er bl.a. essentiel for læring og forebyggelse af utilsigtede hændelser, og er således nødvendig for amtets og det nationale rapporteringssystems succes (5).

Inden for en positiv sikkerhedskultur taler man åbent om fejl og lærer af dem for at forebygge, det betyder derfor at systemet forudsætter at hospitalspersonale villigt taler om de fejl de begår og de utilsigtede hændelser de medvirker til, hvilket der ellers ikke er stærk tradition for inden for sundhedsvæsenet. En national spørgeskemaundersøgelse foretaget i 2002 viste at de stærkeste grunde til ikke at rapportere om egne fejl var ”risikoen for at pressen skulle skrive om det” og ”en manglende tradition for at omtale hændelser/fejl” (6). I lovens udformning har man forsøgt at imødekomme de synlige barrierer ved at gøre medarbejdernes rapportering både fortrolig og straffri, mens det forventes at de barrierer der knytter sig til kultur og tradition løses i amtsligt regi. (7)

Formålene med spørgeskemaundersøgelsen er flere. For det første, at indfange patientsikkerhedskulturen på de enkelte afsnit for at undersøge, hvilke underliggende værdier, holdninger og antagelser der gør sig gældende og hvilke implikationer disse har for sikkerhedskulturen. For det andet, at undersøge om der er forskelle på sikkerhedskulturen på de forskellige afsnit, samt karakteren af disse forskelle. For det tredje, at måle effekten af FAS’s pilottest af et rapporteringssystem (4 måneders varighed) på sikkerhedskulturen. Og som det sidste og sideordnede formål, at tilskynde til at der igangsættes en proces på afsnittene fokuseret på læringskulturen omkring utilsigtede hændelser.¹

2 Sikkerhedskultur på sygehuse

Sikkerhedskultur er et begreb hentet fra sikkerhedskritiske domæner (specielt luftfart, procesindustri, nukleare sektor m.v.), hvor man i flere årtier har arbejdet med fænomenet i forbindelse med ulykkesforbyggende arbejde (8, 9, 10, 11). I slutningen af 1990’erne blev begrebet og de praktiske konsekvenser af sikkerhedskulturen inden for sundhedsvæsenet introduceret i Danmark. Der findes mange forskellige tilgange og holdninger til hvad sikkerhedskultur overhovedet er (10, 12, 13, 14, 15), mens der er grundlæggende enighed om at sikkerhedskultur har en indflydelse på sikkerhed inden for sundhedsvæsenet – patientsikkerhed (12, 13, 16, 17). I dette projekt beskrives sikkerhedskultur som: *De grundlæggende antagelser, fælles værdier og holdninger som i samspil med organisationens struktur og (ydre) kontrolinstanser skaber den*

¹ Arbejdet i denne rapport indgår som en del af forfatterens ph.d. projekt (afsluttes ultimo 2005), og indeholder således flere forskningshypoteser, som ikke nødvendigvis har referencer til andet arbejde, og som er under stadig udvikling.

sikkerhedsrelaterede adfærd som hersker på den enkelte arbejdsplads (1). Med andre ord udtrykker en organisations sikkerhedskultur sig konkret igennem den måde hvorpå organisationen og den enkelte medarbejder tænker og handler i relation til sikkerhed.

Sikkerhedskultur består af mange enkeltfaktorer, som alle påvirker organisationen, afdelingen og afsnittet. F.eks. vil grundlæggende værdier såsom tillid, ansvar, retfærdighed og skyld komme til udtryk i den måde, som ansatte i sundhedsvæsenet dels vælger at handle og dels udtrykker deres holdninger. Den underliggende hypotese er, at man kan måle sikkerhedskultur ved at måle medarbejdernes og ledelsens opfattelser af og holdninger til de konkrete sikkerhedskulturelle faktorer, f.eks. rapporteringspraksis og læring fra utilsigtede hændelser. Definitionen på en sikkerhedskulturel faktor er: *De perspektiver, værdier og handlinger som har indflydelse på sikkerhed*. De sikkerhedskulturelle faktorer som er blevet vurderet i spørgeskemaet er skitseret nedenfor og vil blive beskrevet nøjere i sammenhæng med analysen af resultaterne.

Til udarbejdelse af spørgeskemaet indgik seks overordnede faktorer samt en række underordnede aspekter som er bestemmende for sikkerhedskulturen på en sygehusafdeling eller -afsnit og som har en formodet påvirkning af sikkerhedsadfærd. De sikkerhedskulturelle faktorer er tæt knyttet og påvirket af hinanden. De følgende seks faktorer danner grundlag for spørgeskemaets udformning og indhold:

- Læring og rapporteringskultur
- Ansvar
- Tillid og retfærdighed
 - Medarbejder motivation og engagement
- Kommunikation og samarbejde
 - Ledelses synlighed og engagement
- Risikopercption og adfærd
 - Sikkerheds- og opgaveprioritering
 - Årsager til hændelser
- Kompetence, stress og træthed (Performance shaping factors): anerkendelse af generelle og egne menneskelige begrænsninger
 - Arbejds miljø / Psykosociale forhold

3 Rapportens opbygning

Efter en kort beskrivelse af datagrundlaget, fremstilles analyseresultaterne. Analysen er tematiseret og følger de ovenfor beskrevne faktorer. Hver sikkerhedskulturel faktor beskrives først og herefter hvad der kendetegner den og hvilke implicite antagelser der knytter sig til den.² I forlængelse af hver faktor gennemgås udvalgte

2 Beskrivelsen af de sikkerhedskulturelle faktorer er medtaget i analysen af flere grunde.

For det første giver det spørgeskemaes respondenter og andre implicerede en fornemmelse af hvilke underliggende hypoteser spørgeskemaet er bygget på, samt hvad sikkerhedskultur består af. For det andet kan beskrivelsen give en fornemmelse af de mange underordnede aspekter og elementer, som man er nødt til at forholde sig til for at kunne vurdere den samlede sikkerhedskultur. Dette vil forhåbentlig give læserne en fornemmelse af at de enkelte spørgsmål (i spørgeskemaet), som kan synes "unuancerede", ikke står alene, men analyseres og fortolkes som en helhed inden for de enkelte faktorer. For det tredje kan det bidrage til en øget bevidsthed om hvilke

resultater af undersøgelsen, samtidig med at resultaternes konsekvenser diskuteres. Er der forskelle på afsnittene, og hvori består disse forskelle, hvad kendetegner en positiv/negativ sikkerhedskultur ("moden"/"umoden"), og kan man se forskelle over tid? Læsere som kun er interesserede i resultaterne kan gå direkte til afsnittet om resultater under hver faktor.

Efter analysen vil effekten af interventionen blive diskuteret, hvorefter der vil blive konkluderet på det samlede materiale, dels i forhold til intervention og dels i forhold til niveauet af sikkerhedskultur generelt i amtet. Rapporten afsluttes med nogle anbefalinger i relation til udvikling af sikkerhedskultur i amtet og på det enkelte afsnit.

4 Resultater datagrundlag

Spørgeskemaet blev sendt ud til 7 afsnit, repræsenterende tre specialer: anæstesi/intensiv, medicin, og kirurgi i juni 2003, og igen i januar 2004 for at opnå besvarelser før og efter pilottest (4 afsnit i testgruppen og 3 afsnit kontrolgruppen). Antal udsendte skemaer, besvarelser og svarprocent er vist i tabel 1.

Tabel 1: Datagrundlag		
Spørgeskema	2003 juni - før:	2004 januar - efter:
Udsendt i alt	375	370
Personalefordeling	1/3 læger og 2/3 spl.	1/3 læger og ca. 2/3 spl. (7,3% so.su.ass/s.hj.)
Antal besvarelser	206	180
Samlet svarprocent	55%	49%
Svarprocentfordelingen for afsnittene	41% - 59%	34% - 58%
Valide besvarelser	203*	175**
Testgruppe: Antal udsendt og besvaret	udsendt 231 / besvaret 130	udsendt 235 / besvaret 118
Kontrolgruppe: Antal udsendt og besvaret	udsendt 144 / besvaret 63	udsendt 135 / besvaret 58
Testgruppe: svarprocent	56%	50%
Kontrolgruppe: svarprocent	44%	43%
* 2 personer har ikke besvaret skemaet, og er ikke klinisk ansatte. **3 personer (har selv gjort opmærksom på at de) falder uden for målgruppen: 2 på barsel og en er ikke klinisk ansat (har også tidligere undladt besvarelse). 2 personer har ikke angivet afdeling.		

Besvarelsesprocenten er lav ved begge målinger, hvilket giver et usikkert datamateriale, især for de afsnit der ligger på en besvarelsesprocent på 34% – 41%. Samtidig er forskellen på antallet af personer i testgruppe og

mekanismer, som kan påvirke og bestemme niveauet af sikkerhedskultur på afdelingen eller i afsnittet. Sidst men ikke mindst kan beskrivelserne give en indikation af hvilke faktorer, aspekter eller elementer, der eventuelt kan forbedres og bearbejdes for at opnå en mere positiv sikkerhedskultur i ens egen afdeling. Samtidig bør det nævnes, at det kan være en langsommelig proces at ændre på sikkerhedskulturen, og det kræver en bevidst og målrettet indsats, hvis det skal foregå effektivt og medføre konstruktive forbedringer.

kontrolgruppen relativt stor, idet de udgør henholdsvis 66% og 33% af den samlede gruppe. Oprindeligt blev de to grupper udvalgt ved lodtrækning, men undervejs i processen var der afsnit der insisterede på at iværksætte nye tiltag, uanset om de var med i pilottest eller ej, og derfor blev de udvalgt til at indgå i pilottesten. Det betyder også at besvarelsesprocenten generelt set er højere for testgruppen end for kontrolgruppen, idet de sandsynligvis har været mere motiverede.

5 Analyse og diskussion

I analysen fremgår der data fra juni 2003 (før) og fra januar 2004 (efter). I analysen af data fra 2003 er alle afsnittene blevet klassificeret efter vejledende modenhedsskala hvad angår sikkerhedskultur.

Opdelingen af afsnittene i modenhedsgrader er foretaget på baggrund af en a priori fastlagt forventning om hvorledes henholdsvis modne og umodne afdelinger vil svare på særlige spørgsmål. Disse spørgsmål er udvalgt på baggrund af erfaringer fra andre spørgeskemaundersøgelser, særligt inden for andre domæner og litteratur om hvad der konstituerer en positiv sikkerhedskultur (18, 14). På baggrund af besvarelser af udvalgte spørgsmål³ – især om rapporteringsvillighed og ledelsens synlighed – blev afsnittene rangordnet i type 1, 2 og 3, hvor disse tre typer svarer til hvad der i litteraturen opfattes som faldende på en skala af mere eller mindre modenhed (19). I denne fremstilling kaldes Type 1 for 'meget moden', Type 2 'moden' og Type 3 for 'umoden' og disse deskriptive etiketter bruges derfor også i figurer og tabeller. Disse deskriptive etiketter er ikke optimale, idet de er stemplende og præjudicerende, men der synes ikke at være nogen andre dikotomiske udtryk, som fx positiv/negativ, stærk/svag, sund/syg, som både er i stand til at illustrere og overvinde problemet på en og samme tid.⁴ To afsnit blev derfor klassificeret som 'meget modne', to afsnit som 'modne' og tre afsnit blev klassificeret som 'umodne'. Disse klassificeringer er vejledende, idet det viser sig at graden af modenhed ikke nødvendigvis er gennemgående inden for alle de sikkerhedskulturelle faktorer. Opdelingen af afdelinger i modenhedsgrader havde til formål at undersøge tendenserne i besvarelsen af de sikkerhedskulturelle faktorer, for netop at vurdere om forskellene mellem afsnittene på besvarelsene var konsistente (se afsnit 7).

For bedst at illustrere forskellene mellem afsnittene i 2003, har jeg valgt tre eksemplariske afsnit til fremstillingen i figurene, hvad angår placeringen i 'umoden' – 'moden' – 'meget moden' afsnit. Herudover er det de mere nuancerede samlede resultater, der bruges til at opsummere de generelle forskelle i niveau af sikkerhedskultur. Endvidere gengives resultater også samlet for hele stikprøven – altså for alle 7 afsnit. De forskelle der er fremhævet i analysen er alle store (en gennemsnitlig forskel på minimum 0,5) og høj-signifikante ($p < 0,01$); der er testet for statistisk signifikans ved brug af den ikke-parametriske Mann-Whitney test.

Derudover illustreres nogle ændringer i afsnittene over tid, ved sammenligning af testgruppen og kontrolgruppen i henhold til 'før' og 'efter' målingerne. Resultater viser signifikante ændringer, men uheldigvis for forskningsprojektet og heldigvis for patienterne, er ændringer ikke kun isoleret til testgruppen. Dette er der flere forklaringer

3 Eksempler på udvalgte spørgsmål er: "Hos os har ledelsen meldt klart ud, at de ønsker, at vi fortæller om hændelser/fejl for at kunne lære af dem"; "Hos os bruges viden/rapporter om hændelser/fejl til at forebygge fremtidige hændelser/fejl" og "Hos os har ledelsen en klar holdning til patientsikkerhed". Se i øvrigt Bilag: Spørgeskema, under Rapportering og Ledelsens synlighed og kommunikation.

4 Metoden til vurdering af modenhedsgrad, samt klassificeringen af afsnit inden for modenhedsskalaen er under stadig udvikling.

på, hvilket vil blive diskuteret under afsnit 6 i ”vurdering af effekt af intervention”. Det vigtige i denne sammenhæng er at fastholde at kultur kan ændres, og at man med en aktiv indsats kan påvirke den i den rigtige retning. Det tager selvfølgelig tid, og fire måneder er næppe tilstrækkeligt til at påvise de store forandringer.

5.1 Læring og rapportering

Der er to aspekter af temaet læring. Det ene aspekt handler om læring generelt, dvs. hvorledes læring foregår og integreres i organisationen. Det andet aspekt er relateret hertil men omhandler specifikt læring fra fejl, hændelser og ulykker. Det er særligt - men ikke udelukkende - sidstnævnte aspekt, som vurderes i forbindelse med denne faktor. Det betyder at de spørgsmål, der indgår under denne faktor, skal afklare medarbejderes og ledelsens holdninger til rapportering af fejl og hændelser lige såvel som den faktiske praksis af håndtering af hændelser (holdningerne kunne i princippet være positive samtidig med at praksis ikke afspejler dette).

Læring er diagnostisk for niveauet af sikkerhedskultur. Det vil (groft sagt) sige at desto mere læring der forekommer i organisationen, og desto mere systematiseret denne læring er, jo mere moden forventes organisationen at være. Ideelt set bør læring være kendetegnet ved det man inden for organisationsteoretiske rammer betegner ”double-loop” læring, hvor man i modsætning til ”single-loop” læring ikke blot ”opdager og retter fejlen”, men er i stand til at reflektere og vurdere om der skal foretages ændringer på baggrund af den viden den opdagede fejl har tilført (20, 21, 22).

For at afdække læringen fra fejl og hændelser i en given organisation er det bl.a. nødvendigt at vide, hvilke systemer, der bruges til læring. Forekommer der f.eks. rapportering af hændelser, og hvor systematiseret er dette? Hvis der findes et rapporteringssystem, er der så overensstemmelse mellem det, der officielt skal rapporteres, og det der faktisk bliver rapporteret? Hvilke grunde kan medarbejdere have til at undlade at rapportere? Oplever medarbejdere at det nytter at rapportere, dvs. at rapportering tages alvorligt og potentielt medfører ændringer, når nødvendigt? Herudover er det interessant at vide, om der skelnes mellem fejl og overtrædelser og hvordan holdningen er hertil (se afsnit 5.5).

Rapporteringsdimensionen kan deles op i fire centrale emneområder:

- Formål: Hvad er formålet med rapporteringen og står dette klart for medarbejderne? Er der overensstemmelse mellem det ”officielt beskrevne” system og den måde hvorpå dette system forvaltes i praksis? Er formålet primært læring til proaktiv forbedring eller er det primært at finde skyldige? Er der åbenlyse dilemmaer for medarbejderne i forbindelse med konsekvenser af deres åbenhed om fejl, f.eks. i form af sanktioner?
- Villighed: Er medarbejdere villige til at rapportere? Hvis ikke, hvad er deres grunde? Er de af personlige karakter eller er de systemafhængige?
- Feedback: Giver der feedback til den der rapporterer? I hvilken form forekommer feedback, er den personlig, støttende, forstående eller er den skyldsbetonet og anklagende? Går

feedback ud til andre end den rapporterende og i hvilket regi, monofagligt, tværfagligt eller på afdelingsniveau mm.?

- Ændringer: Sker der synlige ændringer pga. viden om fejl og hændelser f.eks. fra rapportering? Bruges rapporterne konstruktivt? Bruges rapporter til at opdatere arbejdsgange, procedurer, og/eller træning af medarbejdere?

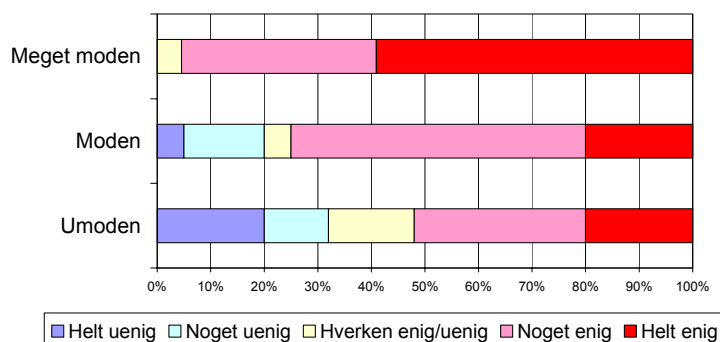
Det er vigtigt at komme hele vejen omkring vurderingen af rapporteringssystemet, idet rapportering i sig selv ikke siger noget om hvorvidt læring forekommer og om det derfor medfører forøget sikkerhed. For så vidt kan man sagtens have et system, som fodres med rapporter, men som uden en bearbejdning af det indkomne, kan være mere til skade end til gavn. Hvis medarbejderne oplever, at de bruger tid på noget, som blot ender i et "sort hul", eller som ikke synligt bruges, må man forvente at de mister motivationen, måske ikke bare til rapportering, men til sikkerhedsarbejdet som sådan. Det er derfor vigtigt at undersøge om medarbejderne og ledelsen oplever at indsatsen tages alvorligt og har *konstaterede og accepterede* konsekvenser. For eksempel har man på Risø gennem interviews med søfarende i anden undersøgelse hørt dem give udtryk for, at *antallet* af rapporter bliver brugt af rederiet som en kvalitetsindikator; og enkelte udtrykker en "kynisk" mistanke om, at grundløse rapporter bliver skrevet og indsendt for at de sikkerhedsansvarlige kan meritere sig (fortrolig rapport). Det er vigtigt at holde sig for øje at rapporteringssystemet isoleret set ikke har værdi i sig selv - det er ikke antallet af rapporter som er interessant - men den nødvendige analyse, handling og feedback, som følger af rapporterne!

5.1.1 Resultater

Resultaterne viser store og signifikante forskelle mellem afsnit, hvad angår de fleste af ovenfor beskrevne aspekter. Figurer 1 og 2 viser, hvordan den meget modne afdeling i højere grad end de mindre modne angiver at de både bruger rapporter til at forebygge fremtidige hændelser og evaluere arbejdsgange og mulige forbedringer.

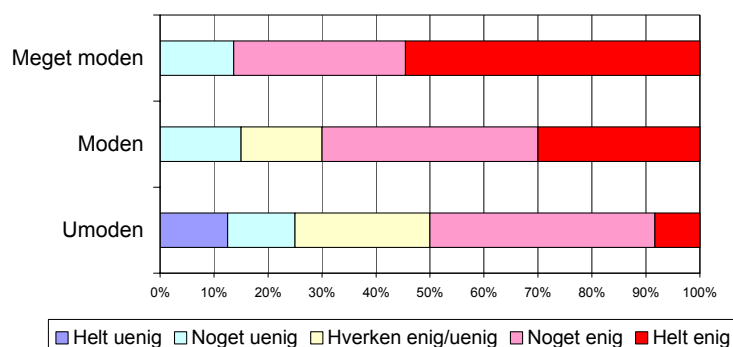
Figur 1

Hos os bruges viden/rapporter om hændelser/fejl til
at forebygge fremtidige hændelser/fej



Figur 2

Hos os er det normalt at evaluere arbejdsgange
og diskutere mulige forbedringer



De umodne afdelinger er signifikant mere enige i at de ”ikke har oplevet at der er kommet nogen gavnlige virkninger ud af, at der er meldt om hændelser/fejl” og mere uenige i at ”ledelsen har meldt klart ud, at de ønsker, at vi fortæller om hændelser/fejl for at kunne lære af dem”.

Der er *ikke* forskel på afsnittene, når der spørges til hvorvidt man er villig til at melde om egne fejl, uanset (fejls) årsag, idet 86% (i hele stikprøven) er noget eller helt enig i udsagnet. Til gengæld er der en lille forskel ($p = 0,025$) på hvorvidt man har været tilbageholdende med at omtale hændelser/fejl overfor sin nærmeste leder. De meget modne afsnit er lidt mindre enige i dette end de umodne afsnit, mens der samlet set er 22% som er noget eller helt enige i udsagnet.

Der blev dernæst givet 9 mulige grunde til at man ville holde sig fra at omtale hændelser/fejl overfor sin nærmeste leder (se bilag: spørgeskema, spørgsmål 12 for en udtømmende liste). I tabel 2 er angivet de fem – samlet set - hyppigste grunde til at holde tilbage, både i 2003 og i 2004. Der er små forskelle på ’før’ og ’efter’, men i alle tilfældene gælder, at man er blevet mindre enig i at disse er grund til tilbagehold, og det er i sig selv en positiv forandring. Tabel 2 gengiver tal for hele stikprøven, dvs. omfattende både testgruppen og kontrolgruppen.

Tabel 2: De fem stærkeste grunde til at holde sig fra at omtale hændelser/fejl til nærmeste leder		
Grunde:	Før -2003	Efter -2004
Der er ikke tradition for at omtale hændelser/fejl	25%	21%
Udfaldet af hændelsen gør det ofte unødvendigt	23%	20%
Jeg ønsker ikke at fremstå som en dårlig medarbejder	18%	15%
Der kommer alligevel ingen forbedringer på vores afdeling ved at omtale hændelser/fejl	16%	15%
Jeg kan risikere, at pressen begynder at skrive om det	15,5 %	13%

De umodne afsnit er signifikant mere enige end de meget modne i: ”at der ingen forbedringer sker”, ”at der mangler tradition”, ”at det forøger arbejdsmængden” og at man ”ikke vil spille sin leders tid med noget som ikke kan gøres om”. De umodne afdelinger er i det hele taget mere enige i at de nævnte grunde kan være årsag til at holde sig fra at omtale

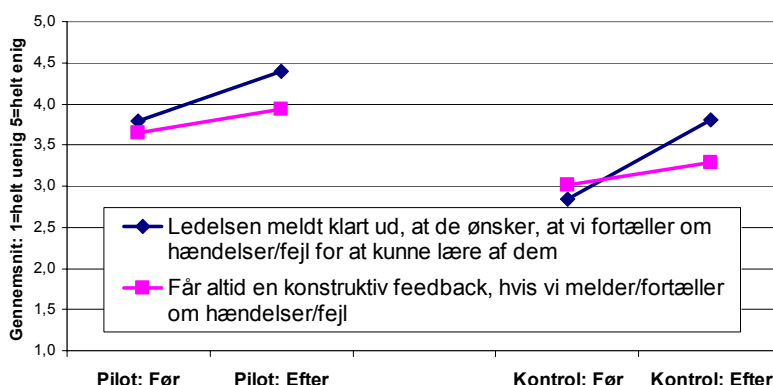
hændelser/fejl. Endvidere er en ”manglende tryghed” også en hyppig grund for de umodne afsnit til at holde sig tilbage, men kun marginalt signifikant ($p=0,43$) forskellig fra modne afsnit.

I forbindelse med indførelsen af rapportering på sygehuse bør man tænke på alle de ovenstående grunde som potentielle barrierer mod rapportering, og man bør derfor overveje, hvordan man vil overvinde dem. Hvad angår den ”manglende tradition” og ”ingen forbedringer”, er det oplagt at arbejde med disse forhold i forbindelse med ændringerne af de strukturelle mønstre, nemlig gennem begyndende rapportering af fejl og læring fra disse. ”At det er unødvendigt” at rapportere siger noget om opfattelsen af det ’lærende potentiale’ i hændelser/fejl. Nogle vil mene at hvis de har opdaget fejlen og rettet denne, så er der ingen grund til rapportering (single-loop læring), med det resultat at ingen andre lærer af det og at fejlen sandsynligvis vil gentages (af andre). I udgangspunktet er det derfor ikke den enkeltes opgave at vurdere hvorvidt det er nødvendigt eller ej, men der bør derimod findes generelle retningslinjer. Barrieren ”ikke at ville opfattes som en dårlig medarbejder”, kræver mere at overvinde, fordi det udtrykker en grundlæggende eksistentiel egenskab ved mennesker (ikke at ville fejle), som nok i særligt høj grad fremelskes i visse professioner, heri blandt hos læger. En af de væsentligste forudsætninger for at en rapporteringskultur overhovedet kan udvikle sig er, at der i organisationen findes en grundlæggende accept af menneskelige fejl. Det handler ikke blot om ledelsens holdning til fejl, men også om holdningen blandt medarbejderne og i sidste ende hos den enkelte. En rapporteringsbaseret sikkerhedsstrategi er oppe imod den altid nærværende barriere, at mennesker sjældent bryder sig om at indrømme egne fejl over for andre. Det kan skyldes sociale og psykologiske faktorer som personlig og faglig stolthed, status i forhold til kolleger eller følelsen af skyld og skam. Reelt står en rapporteringskultur, hvor alle åbent rapporterer om egne fejl, på mange måder i modsætning til den samfundskultur, som medarbejderne i øvrigt lever i. At ændre de holdninger og værdier der intuitivt hersker, kræver derfor ofte en længere omstillingsperiode (1). Heldigvis er det dog de senere år blevet mere accepteret at selv de bedste begår fejl, og nogen læger går så vidt som til at sige, ”at det kun er de, der ikke tager hænderne op af lommen, som ikke begår fejl”.

Ser man på ændringer over tid (figur 3), så forekommer der store forskelle både i test- og kontrolgruppen, mens disse kun er signifikante for kontrolgruppen på begge spørgsmålene i figuren, og kun signifikant for kontrolgruppen på spørgsmålet om ”ledelsens udmelding”.

Figur 3

Værdi af hændelser/fejl



5.2 Ansvar

Denne faktor handler om hvem der er ansvarlig for patientsikkerheden og holdningen til og følelsen af ansvar for sikkerheden. Hvordan og hvornår er den enkelte medarbejder ansvarlig for sikkerhed – ikke blot for patienternes og ens egen sikkerhed, men også for kollegers, afdelingens og afsnittets holdning til og praksis omkring sikkerheden. Hvem er ansvarlig for patientsikkerhed, og er nogen mere ansvarlige end andre? Hvad er den enkeltes holdning til eget ansvar for patientsikkerhed? Oplever den enkelte, at kolleger og ledelse udviser og tager ansvar – som forventet? Særligt i situationer med stort arbejdspress, stress eller i kritiske situationer er det vigtigt, at medarbejdere og ledelse entydigt ved hvem der er ansvarlige for de specifikke opgaver. Flere studier peger på, at jo mere ansvar medarbejdere føler for sig selv og for andres sikkerhed, jo mere moden er sikkerhedskulturen i deres gruppe eller organisation (1, 23, 24). Det er derfor essentielt at man undersøger hvilket ansvar personalet føler for patientsikkerheden, er ansvaret individuelt eller gruppeorienteret? Ville medarbejdere f.eks. reagere overfor potentielt farlige kolleger, ledelsens beslutninger eller dårlige procedurer, hvis de er overbevist om at disse tilsidesætter eller modvirker sikkerheden? Er det acceptabelt at ”blande sig” og er det praksis at gøre det? Følger man en sikkerhedsprocedure, selv om man oplever at den er upraktisk eller unødvendig?

Det er klart, at det kan være relativt uforpligtende at udtrykke enighed i at man er medansvarlig - men altså ikke hovedansvarlig - for sikkerheden af en given proces eller funktion. Hvordan dette end kommer til udtryk, så bør resultaterne give mulighed for i afdelingen at diskutere ansvar: hvordan ønsker man at ansvar og fordelingen af denne skal håndteres i forbindelse med patientsikkerhed? Resultaterne bør selvfølgelig ses i sammenhæng med de andre faktorer.

5.2.1 Resultater

Inden for denne sikkerhedskulturelle faktor er der en del forskelle, men også mange ligheder på tværs af afdelingerne. Der er dog ingen signifikante forskelle over tid.

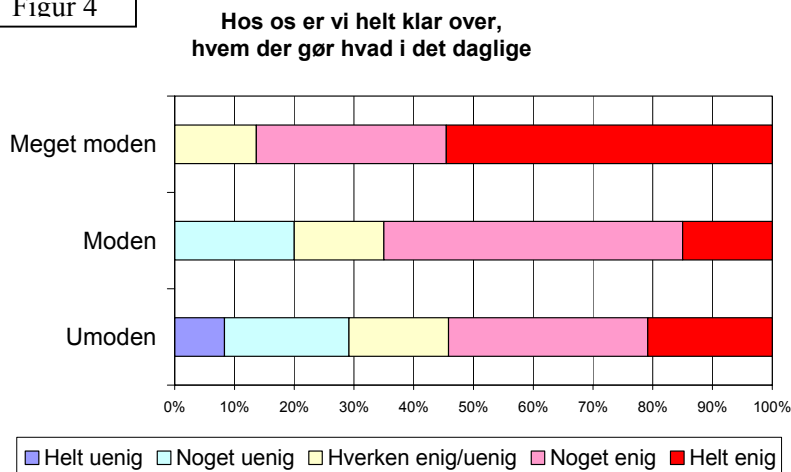
I spørgeskemaet spørges der først om hvem der *bør* tage ansvar for patientsikkerhed, og dernæst hvem der så *faktisk* tager ansvaret. De fleste svarer at alle ”i meget høj grad” bør tage ansvar, i følgende rækkefølge: afdelings- og afsnitsledelsen, den behandlingsansvarlige læge, ”jeg selv”, læger og sygeplejersker, sygehusledelsen og sidst social- og sundhedsassistenterne, som anses for at være mindst ansvarsbærende. Når der spørges til hvem de mener faktisk tager ansvaret, oplever medarbejderne at alle tager lidt mindre ansvar end de bør, idet de fleste nu kun svarer ”i høj grad”.

58% af alle medarbejderne i de 7 afsnit er helt eller noget enige i at ”den enkelte kan gøre mere for at undgå patientskader”, mens der er signifikant forskel på svarene, når spørgsmålet gælder ”vores ledelse kunne gøre mere for at undgå patientskader” - her er de umodne afdelinger mere enige end de modne. Den samme tendens viser sig i forbindelse med spørgsmålet ”Vores ledelse har en god fornemmelse for, hvilke typer af fejl, der faktisk forekommer hos os”, hvor der er signifikant forskel på besvarelserne. Noget kunne derfor tyde på at de umodne afdelinger er

mere utilfredse med deres leders indsats og har mistillid til ledelsens blik for de daglige farekilder.

Når der spørges om man i eget afsnit er klar over hvem der gør hvad (hos os) i det daglige er der igen signifikante forskelle på de meget modne og de umodne afdelinger, figur 4 illustrere dette.

Figur 4



Til gengæld er 92% af alle helt eller noget enige i at ”jeg er helt klar over hvad der er mine ansvarsområder”. På den ene side ved man altså godt hvad man selv er ansvarlig for, mens man på den anden ikke nødvendigvis er sikker på hvem der gør hvad. Dette er tydeligvis noget der bør afklares internt på afsnittet. Det er banalt, men vigtigt at have for øje, at der altid vil være større risiko for fejl i et system, hvor man ikke er sikker på hvem der varetager hvilke opgaver.

På tværs af afsnittene gælder at 96% er helt eller noget enige i at ”sygehuspersonale har et professionelt ansvar for at reagere på hændelser/fejl, som kunne skade patienter”, samt at både patienten og ledelsen har ”krav på at blive orienteret når der er sket en hændelse/fejl (med konsekvenser)”. Den faglige ansvarsfølelse er altså generelt høj.

5.3 Tillid og retfærdighed

Tillid er en af grundpillerne i organisationer – både tillid mellem arbejdsgiver og arbejdstager, men også gensidig tillid mellem organisationer (hospitaller) og interessenter (patienter). Tillid er således også tæt knyttet til muligheden for at lære af fejl og kritiske hændelser (1). En manglende tillid mellem medarbejdere og ledelse vil typisk resultere i manglende entusiasme blandt medarbejdere i opfyldelse af virksomhedens sikkerhedsmål og -procedurer, og herunder, at medarbejderne undlader at rapportere om egne fejl og hændelser, hvis konsekvenserne ikke er umiddelbart synlige. Erfaringen viser at medarbejdere ikke villigt rapporterer, hvis ledelsen eller systemet ikke skaber tillid i forhold til brugen af rapporter. For eksempel, hvis de, der rapporterer for læringens skyld, efterfølgende sanktioneres. (1, 25, 26).

Villighed til at rapportere – og dermed organisationens mulighed for læring fra fejl – forudsætter, at medarbejdere ikke straffes eller bebrejdes

for uintenderede fejl(dvs. fejl som ikke skyldes bevidste overtrædelser); og desuden at man undlader at straffe for fejl og hændelser, som skyldes latente betingelser i det tekniske eller organisatoriske system (26, 27, 28).

Inden for denne dimension vurderes det i hvilken udstrækning den såkaldte "retfærdige kultur" eksisterer i afsnittet, dvs. om medarbejdere føler sig retfærdigt behandlet. En retfærdig behandling, betyder på den ene side, at medarbejderne ikke bebrejdes af deres ledere for at begå mindre fejl, og på den anden side at de medarbejdere, der faktisk har opført sig groft uagtsomt i en hvis udstrækning bliver gjort ansvarlige. Sidstnævnte stiller store krav til organisationen, idet det kan være meget svært at skelne simpel uagtsomhed (dvs. man har handlet letsindigt i en eller anden mindre grad) fra grov uagtsomhed, især fordi man i udgangspunktet typisk vurderer "fejlen" på baggrund af konsekvenser, dvs. skadens størrelse, og ikke på intentionen. Kort sagt, lægges der ikke nødvendigvis vægt på det retfærdige (intentionen), men på skaden (konsekvensen). Den retfærdige kulturs største udfordring er derfor at definere en klar grænse mellem den acceptable og den uacceptable adfærd.⁵

Hypotesen om den retfærdige kultur er, at den resulterer i tillid, skaber medarbejdermotivation og -engagement og fungerer som et incitament for medarbejderne til at overholde de foreskrevne sikkerhedsstandarder. (Inden for den sikkerhedskritiske teori taler man oftere om den 'skyldfrie' "blame-free") kultur end den 'retfærdige kultur'. Den 'blame-free kultur', der er karakteriseret ved at undgå at udpege skyldige, har et mere vanskeligt problem med at 'trække grænsen' (23). Vanskeligheden består i at begrebet 'blame-free' kan fortolkes som om der aldrig vil blive placeret skyld og følgelig heller aldrig anvendt straf. Denne misfortolkning kan skabe falske forventninger blandt medarbejderne, men også provokere det omgivende samfund. Mens den retfærdige kultur må betegnes som begrebsmæssigt klar, er den 'blame-free kultur' med andre ord konceptuelt diffus.

Når man skal vurdere tillid er det især vigtigt at undersøge medarbejderes og ledelsens følelse og oplevelse af tillid til hinanden, lige såvel som den interkollegiale tillid. Oplever medarbejderne at ledelsen udviser tillid til dem, og hvordan kommer dette til udtryk? Har medarbejderne selv tillid til ledelsen og de beslutninger de træffer på vegne af medarbejderne? Oplever medarbejderne at de kan tale åbent med deres nærmeste ledelse, om f.eks. fejl og hændelser? Oplever de at de får støtte og opbakning, når forventet? Hvordan fungerer tilliden generelt i afdelingen, det være sig monofagligt, tværfagligt eller på afdelingsniveau mm.? Tillid mellem

⁵ I juraen (som i moralen) skelner man traditionelt mellem intentionelle og ikke-intentionelle handlinger. Inden for det sikkerhedskritiske område vil man yderst sjældent se intentionelle handlinger med negative konsekvenser som mål (sabotage). Til gengæld vil man ofte se gode intentioner realiseret gennem ulovlige handlinger (overtrædelser) ligesom man vil se ikke-intentionelle handlinger (fejl) som i nogle tilfælde falder ind under den juridiske kategori af uagtsom adfærd. Inden for juraen opdeler man uagtsomhed i 'simpel' og 'grov' uagtsomhed. Til 'simpel uagtsomhed' hører fejltyper som "slips and lapses"; uintenderede handlinger som skyldes uopmærksomhed (28). Og interessant er det at 90 % af alle menneskelige fejl kan betegnes som udtryk for simpel uagtsomhed. Til 'grov uagtsomhed' hører handlinger - eller undladelse af handlinger - der rummer en alvorlig og forudseelig risiko, på trods af at risikoen ikke er intentionel. (1)

medarbejdere, såvel som mellem ledelse og medarbejdere har som oftest en positiv effekt på oplevelsen af det psykiske arbejdsmiljø (se endvidere afsnit 5.6.1). Tillid er derfor også tæt knyttet til kommunikation og samarbejde.

5.3.1 Resultater

Næsten alle spørgsmålene inden for denne faktor viser signifikante forskelle på modne og umodne afdelinger. Samtidig er der enkelte spørgsmål, som viser signifikante forskelle over tid i testafsnittene. På de modne afdelinger er medarbejderne signifikant mere enige end på de umodne afdelinger i at deres nærmeste leder "ikke er bange for at indrømme sine fejl", og "udviser generelt stor tillid til sine medarbejdere", mens de er mere uenige i at den nærmeste leder "ikke er god til at støtte personale efter alvorlige hændelser".

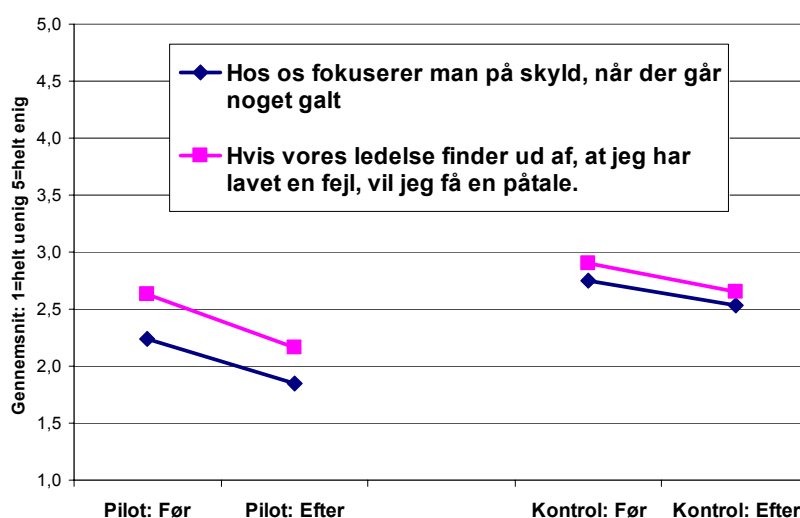
Derudover er de modne afdelinger signifikant mere enige i at "ledelsen aktivt støtter forslag fra personalet om forbedringer af patientsikkerhed", "medarbejder og ledelse har generelt stor tillid til hinanden", "patientsikkerhed tages alvorligt og er ikke kun facade", "har generelt stor tillid til ens nærmeste ledelse" og man er "tilfreds med den måde man informeres på om vigtigt spørgsmål, der vedrører arbejdet". Der er altså generelt mere tillid til ledelsen i de modne afsnit.

Den samme tendens følger oplevelsen af retfærdighed i afsnittet, her er de modne afsnit signifikant mere enige i at man "bliver behandlet retfærdigt, hvis man er involveret i en hændelse/fejl", og mindre enige i at "man bliver udsat for kritik, hvis man begår fejl" og at "der fokuseres på skyld, når der går noget galt".

Der er to signifikante forskelle på før- og eftermålingerne i testgruppen, illustreret i figur 5. Samtidig er der også sket en stor ændring i holdningen i kontrolgruppen, men denne er ikke signifikant.

Figur 5

Skyld og straf



5.4 Kommunikation og samarbejde

God kommunikation er essentiel for at skabe fælles viden og tillid mellem kolleger og mellem medarbejderne og ledelse. Kommunikation er et helt nødvendigt middel til at informere om organisationens sikkerhedspolitik internt, såvel som at informere om ny viden eller erfaringer. Det er derfor vigtigt at ledelsen sikrer, at de rette kommunikationskanaler er til stede, til udveksling af information og viden. Det skal ikke blot være op til den enkelte medarbejder egenhændigt at holde sig ajour om eventuelle farekilder, sikkerhed og forebyggelse. Succesfuld kommunikation er bestemt ved i hvor høj grad virksomheden har evnet at sørge for at ledelsens politik og beslutninger vedrørende sikkerhed samt viden om sikkerhed ved de enkelte arbejdsopgaver kommer frem til den enkelte medarbejder – ligesom det skal sikres at medarbejdernes forslag mv. kommer frem til ledelsen.

Hvordan kommunikeres patientsikkerhedsmæssige emner, samt ledelsesbeslutninger til personalet? Modtager den enkelte tilstrækkelig eller den ”rette” information om organisationens sikkerhedspolitikker? Og er personalet bekendt med ledelsens holdning til patientsikkerhed? Hvordan fungerer personalets interne kommunikation? Hvordan spredes patientsikkerhedsmæssige emner sig blandt personalet? Er det noget man taler om i hverdagen eller kun ved specielle lejligheder, hvordan taler medarbejderne om patientsikkerhed? Taler man om patientsikkerhed monofagligt, tværfagligt eller på afdelingsniveau?

Erfaring fra et andet projekt (i bygge- og anlægs branchen) viser at sikkerhed ikke er et samtaleemne mellem medarbejderne i hverdagen - det er kun i specielle situationer, at man diskuterer det (31). Patientsikkerhedskultur kan således være en ”tavs” kultur (eller måske endda en ikke-eksisterende kultur), der kun sjældent kommer til overfladen og diskuteres. Det er derfor væsentligt at undersøge om der forekommer en fælles forhandling af kulturen, eller om der eksisterer en individuel fortolkning af (sikkerheds-)praksis.

Inden for de sikkerhedskritiske domæner, mener jeg godt at man kan opstille den hypotese, at jo mere medarbejderne taler om sikkerhed i dagligdagen, jo mere ensartet, sammenhængende og homogen er sikkerhedskulturen på arbejdspladsen. Det vil sige at desto mere medarbejderne taler om aspekter der vedrører sikkerhed, desto mere bevidste er de om farekilder og forebyggelse, og dermed desto bedre en sikkerhedskultur. Den kollegiale sikkerhedsbevidsthed kan være en vigtig faktor i opbygningen af en positiv patientsikkerhedskultur.

5.4.1 Ledelsens synlighed og engagement

Her er det særligt interessant at undersøge medarbejdernes opfattelse af mellemlederes og topledelsens engagement og synlighed i relation til sikkerhed. Flere studier peger på at ledelsens engagement er essentiel og afgørende for medarbejdernes engagement i sikkerheden (32, 24, 33). Den indsats som medarbejderne typisk udtrykker står således oftest mål med den indsats som ledelsen synes at investere i medarbejderen. Spørgsmål, som man her vil forsøge at afdække, er dels om ledelsen er synligt involveret i sikkerhedsarbejdet, om de prioriterer (patient)sikkerhed og om dette er synligt. Derudover er det væsentligt at

måle medarbejdernes oplevelse af ledelsens engagement, oprigtighed og synlighed generelt, og ikke kun knyttet til sikkerhedsarbejdet.

5.4.2 Resultater

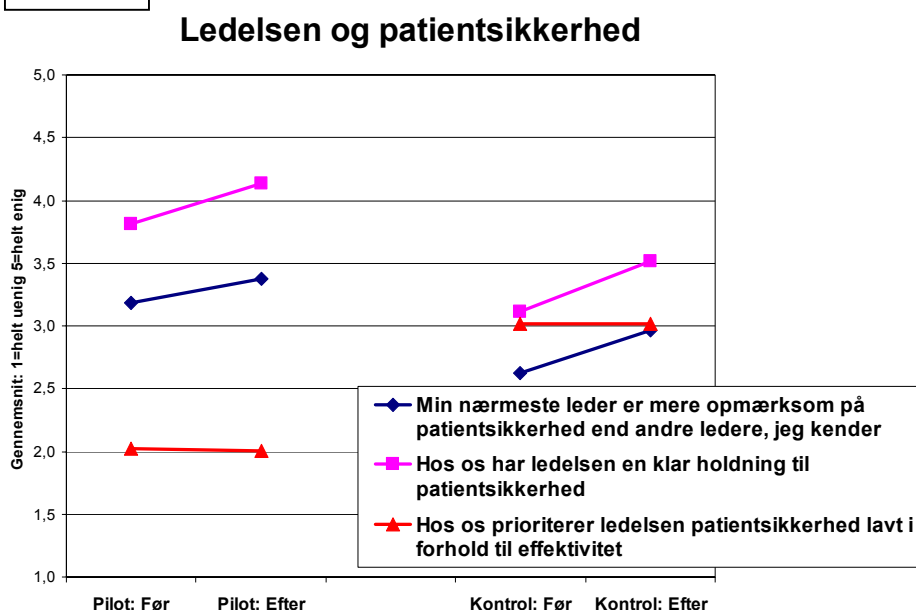
Inden for kommunikation og samarbejde er der meget få forskelle på afsnittenes svar. Der er kun en signifikant forskel mellem de modne og de umodne afdelinger, idet de umodne afdelinger er rimelig enige men dog signifikant mindre enige end de modne i at afsnittet ”løser de daglige problemer på en god måde”. Man er f.eks. *lige uenige* i at ”man har svært ved at rette kolleger, hvis de laver fejl” og at man ”ikke bryder sig om at kolleger blander sig, hvis man ikke følger instrukser mv.”

Hvad angår ledelsens synlighed og kommunikation, så er der mange signifikante forskelle på afsnittene. De modne afsnit er f.eks. meget mere enige end de umodne afsnit i at deres nærmeste leder ”er mere opmærksom på patientsikkerhed end andre ledere”, ”har en klar holdning til patientsikkerhed”, ”er god til at give klare instruktioner” og de oplever at ”godt arbejde anerkendes”.

Der er konsekvent forskel på afsnittene i deres opfattelse af ledelsens engagement i patientsikkerhed og deres evne til at kommunikere. Dette er med til at understrege at ledelsens engagement er nødvendig og helt central.

Der er en del forskelle over tid (se figur 6), og i den rigtige retning, men ingen er signifikante, og nogle aspekter har ikke ændret sig overhovedet.

Figur 6



5.5 Risikoperception og adfærd

Risikoperception og adfærd handler bl.a. om afdelingens og ledelsens prioritering mellem sikkerhed og produktion. Der kan f.eks. være en forskel mellem sygehusledelsen, der fastsætter hospitalets overordnede politikker og den daglige ledelse (f.eks. afdelingsledelsen) der oplever at stå i det dilemma, at de på den ene side helst vil prioritere sikkerhed, men at de på den anden side måles på deres produktivitet. Derfor er det vigtigt at få denne dimension beskrevet både på ”overfladen” – hvad er de

officielle prioriteter – og under ”overfladen” – hvordan ser den konkrete virkelighed og praksis ud (hvordan opleves den af medarbejderne).

Det er ikke ukendt at ledelserne i organisationen kan have en officiel politik, der f.eks. hedder ”sikkerhed før produktion”, men at medarbejderne oplever dette som ”tom snak” fordi opgaverne i praksis ikke kan eller er svære at udføre i den prioriterede rækkefølge. Der kan derfor være diskrepans mellem ledelsens udmeldinger, og de betingelserne der udstikkes for løsning af opgaverne. Resultatet kan blive, at overtrædelser af sikkerhedsregler passerer upåagtet, så længe mængden af opgaver løses.

Hvad er medarbejdernes og ledelsens forhold og holdning til procedurer, retningslinjer og vejledninger? Er de funktionelle, oplever man dem som en hjælp til at udføre opgaven, eller som en begrænsning? Bliver de regelmæssigt opdateret?

Er der nogen faktorer (f.eks. tidspres) eller situationer der gør, at sikkerhedsregler helt eller delvis tilsidesættes, og hvordan håndteres dette? Hvad er holdningen til overtrædelser og hvad er grunden til at man vælger at overtræde (hvis man vælger det bevidst)? Er der forskel på den enkeltes holdning til overtrædelser sammenlignet med den generelle praksis for overtrædelser? Hvad føler medarbejderne stærkest ansvar overfor – opgaverne eller sikkerheden? Vil de i visse situationer selvstændigt prioritere opgaverne før sikkerhed eller omvendt, og hvordan modtages dette af kolleger og ledelse?

Risikoperception kan være en indikation på sikkerhedspraksisen. I hvor høj grad løber medarbejderne risici i hverdagen - er det normalt eller er det kun under særlige omstændigheder - er det noget de presses til og hvorvidt er dette en accepteret del af arbejdet? Den bagvedliggende hypotese er, at jo mere risikoadfærd der forekommer jo større er sandsynligheden for patientskader. Men hvordan fastsættes overhovedet ”risikoadfærd”. Ting, der for en udenforstående kan virke risikable, kan med en erfaren medarbejders øjne virke trivielle eller ufarlige. Derfor er det også vigtigt at denne diskussion tages op i afdelingen og på afsnittet, så man gennem dialog kan sætte rammer for en accepteret praksis.

En god metode til at afdække personalets opfattelse af risikoområder er bl.a. ved at spørge, hvad medarbejderne tror er årsager til hændelser. Dette, vil ikke nødvendigvis være udtryk for sandheden, men det er et væsentligt udgangspunkt for en dialog af hvorvidt de perciperede risikoområder, også er faktiske risikoområder, og hvor man i så fald skal fokusere indsatsen.

5.5.1 Resultater

I alle afsnit er man generelt meget enig i at man godt ved ”hvad der er sikkerhedsmæssigt acceptabelt eller uacceptabelt adfærd”, men alligevel er de meget modne afdelinger signifikant mere enige i dette end de umodne afdelinger. Samtidig er man i de umodne afdelinger signifikant mere enige i at ”mange har et mangelfuldt kendskab til instrukser mm.”.

Hvad angår ledelsens prioritering af sikkerhed er der en tendens til at medarbejderne i de umodne afsnit oplever en lavere prioritering af dette,

idet de er signifikant mere enige i at ”ledelsen prioriterer patientsikkerhed lavt i forhold til effektivitet”, samt at ”når presset er stort vil vores nærmeste leder hellere have os til at arbejde effektivt end i overensstemmelse med instrukser”.

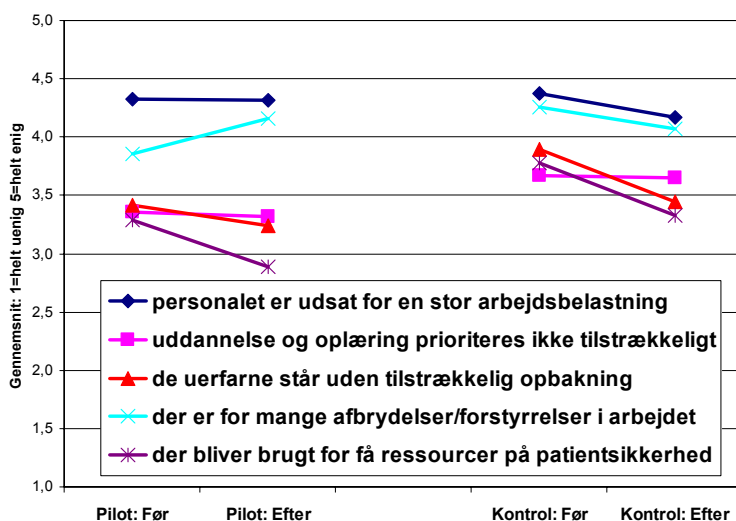
Medarbejderne bliver spurgt om hvilke grunde de kan have til at ”undlade at følge instrukser/procedurer/retningslinjer/vejledninger”, og bliver samtidig givet seks mulige (og altså på forhånd definerede) grunde. Den stærkeste grund for alle afsnit er at ”der er en faglig begrundelse”, dernæst at man ”bliver presset til det pga. arbejdsbelastning” og ”de er for upræcise/virker ikke efter hensigten”. Der er samtidig en tendens til at de umodne afdelinger generelt er mere enige i grundene, samtidig er der signifikant forskel på afsnittene i besvarelsen af de to sidstnævnte grunde.

Resultaterne af før- og eftermålingerne af grunde til at utilsigtede hændelser sker, er gengivet i nedenstående figur, for de fem hyppigste grunde, ud af elleve på forhånd givne årsager. Som tidligere nævnt er disse ikke udtryk for modenhed, men interessant i forbindelse med det forebyggende arbejde.

Som det ses i figur 7 er der størst enighed om at ”den store arbejdsbelastning” og de mange ”forstyrrelser i arbejdet” er årsag til hændelser. Det er foruroligende at sjette pladsen er at ”ukvalificerede personale for lov at fortsætte”, her er 47% af alle helt eller noget enige i at det kan være en grund.

Figur 7

Når der indtræffer utilsigtede hændelser i sugehusvæsenet, som sandsynligvis kunne være undgået, så sker det fordi:



Endvidere er de umodne afdelinger overvejende mere enige i grundene, og der er flere signifikante forskelle. De største forskelle på afsnittene gælder ”der er for mange afbrydelser i arbejdet”, ”mangelfulde instrukser og vejledning vedrørende teknisk udstyr”, ”de uerfarne står uden tilstrækkelig opbakning”, og sidst men ikke mindst ”der bliver brugt for få ressourcer på patientsikkerhed”. Der er ingen signifikante forskelle på før- og eftermålingerne.

5.6 Kompetence, stress og træthed: anerkendelse af generelle og egne menneskelige begrænsninger

Medarbejderes opfattelse af egne og kollegers begrænsninger, fejlbarlighed, og reaktioner på træthed, stress, nye situationer og kriser udgør et kendt tema inden for sikkerhedskritiske områder (luft- og søfart) (34, 35, 36, 37). Det er én af grundantagelserne bag den nu universelt accepterede og efterhånden obligatoriske undervisning i Crew Resource Management (CRM) for trafikpiloter, at piloter skal opnå forståelse for, at deres indsats normalt bliver mindre sikker, hvis de f.eks. er påvirket af træthed eller arbejder med nye/uerfarne kolleger (38, 39). Denne type undervisning/træning er visse steder udvidet og tilpasset skibsofficerer, flyveledere, nukleart personale, anæstesiologer; men normalt er CRM-kurser ikke myndighedsbestemte for disse brancher. De emner der normalt udspørges om inden for denne dimension vedrører fænomener som kan påvirke sikkerhed og effektivitet (performance shaping factors). For næsten alle punkter vedrører det respondentens opfattelse af hvordan den pågældende faktor påvirker ham eller hende selv samt kolleger.

Faktorerne omfatter

- stress og personlige bekymringer, træthed
- utrænede/uerfarne kolleger
- ny automatisering / nyt udstyr-interface / nye procedurer etc.
- træning / uddannelse
- teamwork - samarbejdsklima

Endvidere har man normalt i denne sammenhæng emner, der afdækker respondentens holdninger til fejlbarlighed og overtrædelser af "standard operating procedures". Antagelsen er at respondenter med "sikre" holdninger anerkender, at alle mennesker kan fejle, og at procedureovertrædelser ikke er acceptable undtagen muligvis under ekstraordinære omstændigheder (berørt under afsnit 5.5).

5.6.1 Arbejdsmiljø / psykosociale forhold

Arbejdsmiljø og sikkerhedskultur er tæt forbundet og vil påvirke hinanden gensidigt. Hypotesen i dette projekt er, at et godt arbejdsmiljø også vil afføde en god sikkerhedskultur, og at man derfor ved at forbedre arbejdsmiljøet kan forbedre sikkerhedskulturen (og omvendt). Flere af de andre sikkerhedskulturelle faktorer berører aspekter, som også handler om arbejdsmiljø, f.eks. tillid og samarbejde. Derudover handler arbejdsmiljø om det psykiske arbejdsmiljø. Oplever medarbejderne f.eks. at de får støtte og opbakning, kan de magte opgaverne, føler de sig kompetente, får de den nødvendige træning, har de gode kolleger, bliver de hørt og forstået af ledelsen, bliver de presset, og er de motiverede og engagerede i deres arbejde? Hvor tilfredse er de med deres job? Føler de at har indflydelse på deres arbejde, bliver der taget hensyn eller bliver beslutninger taget over deres hoved? Oplever de at deres arbejde er meningsfuldt? Hvis man har et godt arbejdsmiljø, vil potentialet for at udvikle en god sikkerhedskultur være langt større, end hvis ikke. Medarbejdere som er utilfredse føler sig normalt mindre motiverede og engagerede i f.eks. forslag fra ledelsen og vil ofte være i opposition til ændringer mm.. Selvom arbejdsmiljø handler om medarbejdernes velvære, så vil medarbejdernes tilfredshed alt andet lige have

en afsmittende effekt på patientsikkerheden, og netop derfor bør arbejdsmiljø og sikkerhedskultur ses som to forbundne størrelser.⁶

5.6.2 Resultater

Der er meget få signifikante forskelle på afsnittene i forbindelse med denne faktor. F.eks. er næsten alle helt enige i at ”enhver kan begå fejl”, at man er ”mere tilbøjelig til at begå fejl i en presset situation”, at man er ”mindre effektiv, hvis (jeg) er stresset”. Samtidig er de meget modne afsnit dog signifikant mere enige i at de ”vil spørge andre om hjælp, hvis der er stor arbejdsbelastning”, og interessant nok også mere enige i at deres egen indsats ”ikke påvirkes negativt af at arbejde med uerfarne kolleger”, ligesom de også mener at deres ”evne til at tage beslutninger er lige god uanset om der er tale om nødsituationer eller rutinemæssige forhold”. Det vil altså sige at de modne afsnit generelt er mere selvsikre, og derfor dårligere til at anerkende deres egne menneskelige begrænsninger – altså i modstrid med det budskab der undervises i CRM-type kurser. Men det kan jo også være at medarbejdere inden for sygehusvæsenet fungerer anderledes (end luftfart, søfart mv.) hvad disse aspekter angår. En sådan konklusion kan man imidlertid ikke drage på dette forholdsvis beskedne datagrundlag, men under alle omstændigheder er det væsentligt at diskutere forventningerne til disse aspekter på afsnittet.

Derudover er der 42% i alle afsnittene der er helt eller noget enige i ”at nogle medarbejder ikke holder sig ajour med faglig viden”, og 77% i at ”sygehuspersonalets viden og færdigheder bør regelmæssigt vurderes”, mens 71% er helt eller noget uenig i at ”der ikke er tilstrækkeligt med midler til efteruddannelse”. Det er også tankevækkende at 48% oplever, at de ikke ”har tilstrækkelig tid til at færdigbehandle patienter forsvarligt”, og her er det især de umodne afsnit, som er enige heri. De umodne afdelinger er også markant mere uenige i at ”nyansatte får en grundig introduktion vedrørende patientsikkerhed”.

Hvad angår arbejdsmiljø er der en forholdsvis stor enighed om, at ”arbejdspladsen har stor personlig betydning”, og at ”arbejdsopgaverne er meningsfulde”, men dog således at de umodne afsnit er signifikant mindre enige i disse aspekter.

6 En del af spørgsmålene om arbejdsmiljø stammer fra Arbejdsmiljøinstituttets psyko-sociale spørgeskema, som har været anvendt i meget stort antal undersøgelser af danske og udenlandske virksomheder (40).

6 Vurdering af effekt af intervention

Overordnet kan man sige at undersøgelsen viser, at intervention har haft en lille effekt, og at effekten er positiv over for sikkerhedsklima. Data fra 'før' og 'efter' interventionen demonstrerer således en beskeden effekt i den forventede retning. At effekten er så relativt beskeden, målt ud fra vores spørgeskemadata, kan der gives flere hypotetiske forklaringer på:

- For det første var grupperne små, især kontrolgruppen (henholdsvis 63 og 58 i 2003 og 2004) – hvilket jo bl.a. hænger sammen med den lave svarprocent. Til trods for flere forskelle i forventede retning, så er disse forskelle ikke statistisk signifikante i forhold til det skrappe krav om en signifikans niveau på ($p < 0,001$). Imidlertid tenderer flere af forskellene at være marginalt signifikante knap ($p < 0,05$).
- punkter kan iagttages forskelle - at man ikke kan konkludere at forskellene er Der er flere store og signifikante forskelle i testgruppen, medens kontrolgruppen viser mange store forskelle - men få signifikante. Det har derfor heller ikke været meningsfuldt statistisk set, at undersøge for forskelle på de enkelte afsnit, idet disse grupper følgelig har været endnu mindre (fra 16 – 36 personer).
- For det andet lå flere af interventionsafsnittene allerede højt fra start, idet disse afsnit var opsat på at medvirke i pilottesten af rapporteringssystemet. Det vil alt andet lige være sværere at måle en forbedret effekt på afdelinger som allerede har en relativ positiv sikkerhedskultur, mens potentialet for forandring er større for de umodne afdelinger, hvilket derfor også har vist sig i "efter" målingerne, idet kontrolgruppen rent faktisk viser forbedringer inden for visse faktorer.
- For det tredje er det blevet os bekendt at mindst en af de afsnit der indgik i kontrolgruppen, i interventionsperioden har gjort en betydelig indsats i forbindelse med patientsikkerhedsarbejdet. Dette kan delvis forklare den relativt markante forbedring af de sikkerhedskulturelle aspekter, som sås i kontrolgruppen. Heldigvis, er de ændringer der er sket i interventionsperioden, i de fleste tilfælde, af positiv karakter - uanset om vi ser på testgruppen eller kontrolgruppen. Dette er i sig selv et skridt i den rigtige retning af udviklingen af en positiv sikkerhedskultur.
- For det fjerde er tidsperioden på 4 måneder næppe tilstrækkelig til at påvise store kulturelle forandringer på alle parametre.

7 Konklusion

Der må konkluderes at effekten af interventionen ikke har været så markant, som det var ønsket, men at der er flere gode (hypotetiske) forklaringer herpå. Til gengæld viser resultaterne at der er stor forskel på niveauet af sikkerhedskultur i amtet, og at denne spænder fra hvad man i tilsvarende undersøgelser kan betegne som meget moden til umoden. Det gennemsnitlige niveau af sikkerhedskultur i amtets undersøgte afsnit må siges at være tilfredsstillende, om end der tydeligvis er plads til forbedringer. Det interessante er imidlertid, at resultaterne viser at forskellene mellem afsnittene er *konsistente*: det vil sige at der er en tendens til, at når et afsnit udviser et højt [lavt] niveau af sikkerhedskultur på en faktor, da vil den også udvise et højt [lavt] niveau på de andre faktorer. Resultaterne viser at særligt spørgsmål om rapportering og læring, tillid og retfærdighed, kommunikation og samarbejde, samt ledelsens synlighed og engagement på konsistent vis opdeler afsnittene, medens den samme tendens – men i mindre udpræget grad – gælder for ansvar og risikoperception og risikoadfærd. Hvad angår den sikkerhedskulturelle faktor der omhandler kompetence, stress og træthed, viste resultaterne, at man ikke i alle tilfælde direkte kan aflede niveauet af sikkerhedskultur. Det faktum at de såkaldte ”meget modne” afsnit i højere grad end de andre afsnit udviste selvsikkerhed kan tydes i to retninger (og begge kan være sande): på den ene side vidner det om at man ikke nødvendigvis i alle henseender kan betegnes som sikkerhedskulturel ”moden”, idet man udviser manglende anerkendelse af menneskelige begrænsninger; på den anden side kan det indikere at afdelinger som *føler sig* eller faktisk *er* pressede i højere grad er opmærksomme på, at der skal meget lidt til for at det kan gå galt. Med andre ord, at de der er i et arbejdsmiljø hvor man er tættere på kanten af ydeevnen, er mere opmærksomme på at faktorer som træthed og stress påvirker ydeevnen, medens man omvendt på de afsnit hvor man ikke føler sig stresset mener at man er langt fra kanten af ydeevnen, at hverken træthed eller uerfarne kolleger vil udgøre en fare. Under alle omstændigheder kræver dette aspekt mere forskning i forbindelse med sygehuspersonale, ikke mindst fordi der kan være specialeafhængige grunde til at man svarer som man gør.

Undersøgelsen hovedresultat er således at der er fundet konsistente forskelle mellem de i denne undersøgelse omfattede afsnit. Idet de undersøgte sikkerhedskulturelle faktorer er identificeret på baggrund af tidligere undersøgelser og litteratur om sikkerhedskultur og idet de viser sig at hænge konsistent sammen i den nærværende undersøgelse, konkluderes der at en indsats for at fremme en positiv sikkerhedskultur bør målrettes mod disse faktorer; og endelig, at en synlig og engageret ledelse er altafgørende

8 anbefalinger

Hvad kan man konkret gøre for at udvikle en positiv sikkerhedskultur? Der er så vidt det har kunnet konstateres meget få empiriske undersøgelser, der har søgt at kortlægge effekten af sikkerhedskulturelle interventioner (41, 13, 42, 43). Erfaringen inden for luftfart viser god effekt af bearbejdning af sikkerhedskultur gennem CRM-type gruppetræning/-undervisning med fokus på at opbygge fælles forståelse af faktorer, der påvirker kommunikation, koordination, læring af erfaring, indsigt i fejlmuligheder, holdninger til procedurer m.v. På denne baggrund og på baggrund af undersøgelsens resultater anbefales det derfor: At man i det enkelte afsnit for det første søger at udarbejde en fælles erkendelse af hvilke barrierer, der skal overvindes for at sikre en systematisk erfaringsopsamling og læring af utilsigtede hændelser. At man for det andet, så vidt muligt, søger at skabe forandringer i de eksisterende traditioner og "historier" gennem synliggørelse og afskaffelse af tilbøjeligheder til at "gå efter manden", frem for "efter bolden", når der sker utilsigtede hændelser.⁷

At man på alle niveauer i organisationen søger at skabe (registrere og genfortælle) nye "historier" om hvordan man har klaret at lære af hændelser, hvordan personale, som alle ser op til, kan berette om egne fejl, og om hvordan ledelsen i afsnittet *bekymrer* sig om både patienter og personale. Man bør i organisationen arbejde med den interne kommunikation og specielt hvad angår formidling af den nye mission: rapportering af fejl og hændelser for læringens og forebyggelsens skyld. Dette kan bl.a. gøres gennem en synliggørelse af afdelingens værdigrundlag (og, hvis det er aktuelt, gennem en formulering af dette), gennem interne nyhedsblade, opslagstavler, på-vej-hjem debatmøder etc.. Og endelig kan man også forsøge at opbygge nye netværk i organisationen, f.eks. i form af erfa-grupper, netværk af patientsikkerhedsansvarlige e.l..

Det er vigtigt at den nye lov om rapportering af utilsigtede hændelser og Frederiksborg Amts Sundhedsvæsens eget rapporteringssystem for utilsigtede hændelser fra starten bliver koblet direkte til lokal læring, således at den enkelte afdeling oplever, at rapporteringen og bearbejdningen af hændelser giver mening i dagligdagen, og at indsatsen nytter og påskønnes.⁸

7 For mere om kulturændring og forandringsstrategier se bidrag af Marlene Dyrlov Madsen om udvikling af sikkerhedskultur i det danske sygehusvæsen i kommende publikation: "Håndbog i Human Ressource Management" redaktører Steen Hildebrandt og Torben Andersen, 2004, Børsens Forlag.

8 Se i øvrigt Lipczak, H., DSI Institut for Sundhedsvæsen, DSI rapport 2004.05, Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser.

Referencer

- (1) Jensen, T.R. & Madsen, M.D. Filosofi for flyveledere: En undersøgelse af hvilke moralske aspekter man bør tage hensyn til ved behandlingen af menneskelige fejl i sikkerhedskritiske organisationer. Speciale i Filosofi og videnskabsteori og Kommunikation, Roskilde Universitetscenter, Denmark, 2001.
- (2) Lipczak, H., DSI Institut for Sundhedsvæsen, DSI rapport 2004.05, Pilottest af FAS' rapporteringssystem til utilsigtede hændelser, 2004.
- (3) Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen (FAS). Rapportering af utilsigtede hændelser i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, Riskenheden, FoQus, 2004.
- (4) Zhan, C., & Miller, M. R. Excess length of stay, charges and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. 2003, JAMA, 290:34, 1868-1874.
- (5) Hermann, N., Andersen, H.B., Schiøler, T., Madsen, M.D., Østergaard, D. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse - Hovedrapport fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse, Forskningscenter Risø, september 2002, 51 s., ISBN 87-550-3125-0. <http://www.risoe.dk/rispubl/SYS/ris-r-1369.htm>
- (6) Madsen, M.D., Andersen, H.B., Hermann, N., Østergaard, D., Schiøler, T. Spørgeskemaundersøgelse af lægers og sygeplejerskers holdninger til rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Delrapport II fra projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse. Risø-R-1367(DA). (Kan rekvireres online ca. september 2004)
- (7) Lov om patientsikkerhed . Lov nr. 429. 10-6-2003.
- (8) ACSNI. Study group on human factors, Third report. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations Organising for safety. London: HMSO, 1993.
- (9) INSAG. Safety Culture, Safety Series No. 75-INSAG-4, IAEA: International Atomic Energy Agency, Vienna 1991
- (10) Guldenmund, F. W. The nature of safety culture: a review of theory and research. Safety Science, 2000, 34, 215-257.
- (11) Cooper, M. D. Towards a model of safety culture. Safety Science, 2000, 36, 111-136.
- (12) Madsen, M.D., Andersen, H.B., Itoh, K. Assessing Safety Culture in Healthcare in Haandbook of Human Factors and Ergonomics in Healthcare, Pascale Carayon (ed.) 2004. (Ikke udkommet).
- (13) Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M. The quantitative measurement of organizational culture in health care: A review of the available instruments. HSR: Health Services Research, 2003, 38:3, 923-945.
- (14) Health & Safety Laboratory (HSL) – Human Factors Group. Safety culture: A review of the literature. HSL/2002/25.

- (15) Flin, R., Mearns, K., O'Connor, P. & Bryden, R. Measuring safety climate: Identifying the common features. *Safety Science*, 2000, 34:1-3, 177-193.
- (16) Nieva, V.F. & Sorra, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 2003, 12(suppl II), ii17-ii23.
- (17) Barach P. & Small S.D. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ*, 2000; 320:759-63.
- (18) Health & Safety Executive (HSE). Summary guide to safety climate tools. Offshore Technology Report 1999/063.
- (19) Flemming, M. (2001) Safety Culture Maturity Model. www.hse.gov.uk/research/otopdf/2000/oto00049.pdf , visited 2002.06.20
- (20) Hildebrandt, S. og Brandt, S. Lærende organisationer -erfaringer fra danske virksomheder. Børsen Forlag A/S, 1998.
- (21) Argyris, C. and Schön, D.A. *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1996.
- (22) Argyris, C. and Schön, D.A. *Organizational Learning II - Theory, Method, and Practice*. London: Addison-Wesley, 1996.
- (23) Madsen, M.D., A study of incident reporting in air traffic control - Moral dilemmas and the prospects of a reporting culture based on professional ethics. In: Investigation and reporting of incidents and accidents. Workshop (IRIA 2002), Glasgow (GB), 17-20 June 2002. Johnson, C. (ed.), (University of Glasgow, Department of Computing Science, Glasgow, 2002) (GIST Technical Report, G2002-2) p. 161-170
- (24) Itoh, K., Andersen, H.B., & Seki, M. Track maintenance train operators' attitudes to job, organisation and management and their correlation with accident/incident rate. *Cognition, Technology & Work*, 2004, 6. (to appear).
- (25) Nørkjær, P. M. The Creation of an 'Aviation Safety Reporting Culture in Danish Air Traffic Control. In Proceedings of the Workshop on the Investigation and Reporting of Incidents and Accidents (IRIA 2003).
- (26) Reason, J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate, England, 1997
- (27) Maurino, D., Reason, D., Johnston, N. & Lee, R. *Beyond Aviation Human Factors*. Avebury Aviation, Ashgate Publishing, Aldershot, UK, 1995.
- (28) Miller C.O. *Accident Prevention Principles/Policies for Senior Aviation Managers*, Center for Aerospace Safety Education, USA, 1997.
- (29) Reason, J. *Human Error*, Cambridge University Press, England, 1990.
- (30) Reason, J. Human Error: Models and Management, *British Medical Journal*, 2000, 320, 768-770.
- (31) Baarts, Charlotte. Viden og Kunnen – en antropologisk analyse af sikkerhed på en byggeplads. Ph.D.-afhandling, Institut for Antropologi, Københavns Universitet, 2004.
- (32) Gershon, R. R. M. et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *AJIC Am J Infect Control*, 2000, 28, 211-221.

- (33) Itoh, K.; Andersen, H.B.; Tanaka, H.; Seki, M., Attitudinal factors of night train operators and their correlation with accident/incident statistics. In: Proceedings. 19. European annual conference on human decision making and manual control, Ispra (IT), 26-28 Jun 2000. Cacciabue, P.C. (ed.), EUR-19599 (2000) p. 95-104
- (34) Helmreich, R.L., & Merritt, A.C. Culture at work in aviation and medicine: National, organizational, and professional influences. Aldershot, U.K: Ashgate, 1998.
- (35) Helmreich, R.L., & Merritt, A.C. Safety and error management: The role of Crew Resource Management. In B.J. Hayward & A.R. Lowe (Eds.), Aviation Resource Management (pp. 107-119). Aldershot, UK: Ashgate, 2000.
- (36) Helmreich, R.L., Wilhelm, J.A., Klinec, J.R., & Merritt, A.C. Culture, error and Crew Resource Management. In E. Salas, C.A. Bowers, & E. Edens (Eds.), Improving Teamwork in Organizations: Applications of Resource Management Training (pp. 305-331). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2001.
- (37) Helmreich, R. L. On error management: lessons from aviation, British Medical Journal, 2000, 320, 781-785.
- (38) Sexton, J.B., & Helmreich, R.L. Analyzing cockpit communications: The links between language, performance, error, and workload. Human Performance in Extreme Environments, 2000, 5(1), 63-68.
- (39) Sexton, J.B., Thomas, E.J., & Helmreich, R.L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. British Medical Journal, 2000, 320, 745-749.
- (40) AMI spørgeskemaer <http://www.ami.dk/research/apss/>
- (41) Gershon, R.R.M., Stone, P. W., Bakken, S. & Larson, E. Measurement of organizational culture and climate in healthcare. JONA, 2004, 34:1, 33-40.
- (42) Scott, T., Mannion, R., Marshall, M. & Davies, H. Does organizational culture influence health care performance? A review of the evidence. J Health Serv Res Policy, 2003, 8:2, 105-117.
- (43) Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M. Implementing culture change in health care: theory and practice. International Journal for Quality in Health Care, 2003, 15:2, 111-118.

Bilag: Spørgeskema

På næste side følger spørgeskemaet "Sikkerhedskultur på sygehuse", som blev anvendt i Frederiksborg amt (januar 2004 udgaven).

Spørgeskema historik

Spørgeskemaet "Sikkerhedskultur på Sygehuse" er udviklet parallelt med udviklingen af to andre spørgeskemaer, et til bygge- og anlægs branchen, samt produktionsvirksomheder i Danmark, og et andet (SCQPI) til procesindustri i EU-regi (ARAMIS), og er således i høj grad inspireret af dette arbejde. Især arbejdet med førstnævnte spørgeskema, et tværfagligt samarbejde mellem Arbejdsmedicinsk Klinik på Herning Sygehus; Kent J. Nielsen, Kurt Rasmussen, Ole Carstensen, Ole Nørby Hansen, Arbejdsmiljøinstituttet; Johnny Dyreborg og Kim Lyngby Mikkelsen, Forskningscenter Risø; Henning B. Andersen og undertegnede, har været utrolig befordrende og centralt i udviklingen af det forhåndenværende spørgeskema. Derfor vil der også kunne findes overlappende dele i de tre skemaer, bl.a. med henblik på videre forskning, sammenligninger af domæner mm..

Derudover er der dele af spørgeskemaet (af forskningsmæssig relevans), som oprindeligt stammer fra det (nationale) spørgeskema, som blev udviklet og brugt i forbindelse med "Projekt om krav til et registreringssystem for utilsigtede hændelser på sygehuse"; Henning Boje Andersen, Niels Hermann, Marlene Dyrlov Madsen, Thomas Schiøler og Doris Østergaard (se reference 5 og 6). Med visse modifikationer drejer det sig om sektionerne "B. Rapportering – tilbageholdenhed", "H. Tanken om fejl" og "Årsager til hændelser/fejl".

Spørgeskemaet er, med hjælp fra Doris Østergaard, Dansk Institut for Medicinsk Simulation (DIMS), blevet testet over flere gange af både læger og sygeplejersker i Københavns amt (ud over den konstruktive kritik fra samarbejdspartnerne, herunder fagfolk). Endvidere er en forkortet udgave af spørgeskemaet blevet anvendt på fire afdelinger på Amtssygehuset Herlev i Københavns amt, understøttet af interview med både ledelsen og medarbejdere i et samarbejdsprojekt med Københavns amt, DIMS og BST Danmark (disse resultater ventes publiceret).

Det forventes at et statistisk valideret og yderligere forkortet spørgeskema vil være tilgængeligt i efteråret 2004.

Til sidst kan det nævnes at spørgeskemaet "Sikkerhedskultur på Sygehuse" i en arbejdsrapport (1B/2004) udarbejdet af Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet (NTNU): "Sikkerhedskultur i transportsektoren - Metoder for kartlegging af sikkerhedskultur: Evaluering av noen eksisterende verktøy", blev vurderet som det bedste - ud af syv værktøjer/spørgeskemaer - til at kortlægge sikkerhedskultur.



SPØRGESKEMA

Kære medarbejder i sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt

I Danmark indførtes den 1.1.2004 et nationalt system til rapportering og læring af fejl. Erfaringer viser, at et sådan systems succes afhænger af personalets rapporteringsvillighed samt sikkerhedskulturen på den enkelte afdeling. Det er således væsentlig at kende kulturen på afdelingen.

Formålet med denne spørgeskemaundersøgelse er derfor at måle kulturen på udvalgte afdelinger på sygehusene i Frederiksborg Amt ved at belyse personalets opfattelse af, hvordan fejl og utilsigtede hændelser tackles i hverdagen, samt deres oplevelse af den generelle praksis på egen afdeling.

Der har i efteråret 2003 været foretaget en pilottest på enkelte afsnit i amtet af et rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. Denne pilottest er afsluttet 15. januar 2004. Dette spørgeskema indgår som et led i pilottesten og er et forsknings samarbejde mellem Frederiksborg Amt og Afdelingen for Systemanalyse på Forskningscenter Risø. Data fra spørgeskemaundersøgelsen indgår i et ph.d. projekt, der udføres på Risø og Roskilde Universitetscenter. Spørgeskemaet er identisk med det der blev sendt ud i maj/juni 2003.

Vi henvender os til dig, da dit afsnit indgår i undersøgelsen. Kvaliteten af undersøgelsen afhænger bl.a. af svarprocenten – vi håber derfor, at du vil hjælpe ved at bruge de ca. 30 minutter, det tager at besvare spørgeskemaet. Hvis du af tidsmæssige grunde ønsker det, må du gerne udfylde skemaet på arbejde. Vi vil bede dig om ikke at diskutere skemaet med kolleger, inden du har besvaret det, da vi er interesseret i din personlige mening og holdning.

Der findes hverken rigtige eller forkerte svar, og derfor vil det oftest være det svar, som først falder dig ind, der er mest dækkende. Alle besvarelser vil blive behandlet helt **anonymt**. Data analyseres i ph.d.-projektet på Risø og selv om det principielt ville være muligt at identificere svar fra enkeltpersoner i visse tilfælde, vil dette under ingen omstændigheder blive gjort og der vil således heller ikke tilgå resultater herom til Frederiksborg Amt.

Spørgeskemaundersøgelsen har høj ledelsesmæssig opbakning og støttes dermed også af din afdelings- og afsnitsledelse.

Du bedes venligst **returnere** det udfyldte skema i den frankerede svarkuvert **senest 14 dage efter modtagelse**.

Hvis du har spørgsmål til skemaet er du velkommen til at kontakte:

Inge Ulriksen
RiskEnheden, FoQUS
imu@fa.dk
tlf.: 4829 4664

På forhånd tak for din besvarelse og din tid

Med venlig hilsen
Anne Mette Fugleholm, Kvalitetschef, FoQUS
Tove Tovgaard, Kontorchef, Patientservice
Inge Ulriksen, RiskEnheden, FoQUS
Marlene Dyrlov Madsen, ph.d.-studerende, Forskningscenter Risø

Terminologi:

Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der påfører patienten en skade eller risiko for skade, og hvor skaden ikke skyldes patientens underliggende sygdom. Utilsigtede hændelser dækker både komplikationer og fejl. Ved fejl forstås en mangelfuld gennemførelse af plan eller valg af forkert plan til at opnå et bestemt mål.

Vi har for enkeltheds skyld i dette skema valgt at tale om "**hændelser/fejl**" under et. Med udtrykkene "**Hos os**" og "**Vores ledere**" refereres henholdsvis til den afdeling eller det afsnit, hvor du arbejder, og lederne i dem.

A. Rapportering – formål, feedback og ændringer

Angiv venligst din enighed/uenighed i følgende udsagn – sæt et kryds (X) for hvert udsagn

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
1. Hos os bruges viden/rapporter om hændelser/fejl til at forebygge fremtidige hændelser/fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hos os har ledelsen meldt klart ud, at de ønsker at vi fortæller om hændelser/fejl for at kunne lære af dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hos os taler vi altid sammen om de sikkerhedsmæssige aspekter, når der er sket en hændelse/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hos os får vi altid en konstruktiv feedback, hvis vi melder/fortæller om hændelser/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hos os bliver forløb og årsager ofte gennemgået for os af vores nærmeste leder, når der er sket en hændelse/fejl ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg er selv villig til at melde enhver hændelse/fejl, uanset årsag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg har ikke oplevet, at der er kommet nogen gavnlige virkninger ud af, at der er blevet meldt om hændelser/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hos os bliver viden/rapporter om hændelser/fejl aldrig brugt til at opdatere instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hos os bliver viden/rapporter om hændelser/fejl aldrig brugt til at opdatere træning af medarbejdere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hos os er det normalt at evaluere arbejdsgange og diskutere mulige forbedringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Der har været situationer, hvor jeg har været tilbageholdende med at omtale hændelser/fejl overfor min nærmeste leder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Rapportering – tilbageholdenhed

12. Antag, at du blev involveret i en hændelse/fejl. Hvilke af de følgende forhold kunne holde dig fra at omtale hændelsen/fejlen overfor din nærmeste leder:

<i>Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)</i>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
a. Der er ikke tradition for at omtale hændelser/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Det forøger arbejdsmængden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Jeg vil ikke spilde min leders tid med noget, der ikke kan gøres om	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Udfaldet af hændelsen gør det ofte unødvendigt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Det kan gå ud over min fremtidige ansættelse eller karriere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Jeg kan risikere, at pressen begynder at skrive om det..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Jeg ønsker ikke at fremstå som en dårlig medarbejder ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Der kommer alligevel ingen forbedringer på vores afdeling ved at omtale hændelser/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Jeg føler mig ikke tryk ved at bringe mine hændelser/fejl frem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Andet (angiv):					

C. Rapportering - undersøgelse

Angiv venligst dit svar for hvert udsagn –sæt et kryds (X)

	Ja	Nej
13. Har du været involveret i en hændelse/fejl på din nuværende afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hvis ja, resulterede det i en eller anden type af undersøgelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Hvis ja, hvilken type undersøgelse?

- sæt et eller flere kryds (X)

a. En intern undersøgelse i afdelingen/ afsnittet.....	<input type="checkbox"/>	
b. En patientklagesag	<input type="checkbox"/>	
c. En patienterstatningssag	<input type="checkbox"/>	
d. En anden type	<input type="checkbox"/>	Angiv:

- fortsat

	Ja	Nej
16. Mener du, at årsagerne til hændelsen/fejlen blev identificeret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mener du, at der kom nogle positive ændringer ud af undersøgelsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Foregik denne undersøgelse inden for de seneste 6 måneder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Beskriv gerne undersøgelsesprocessen: _____

D. Ansvar

19. Hvem mener du bør tage ansvaret for patientsikkerheden på din afdeling?

Angiv venligst din holdning til hvert udsagn –sæt et kryds (X)

	I meget høj grad	I høj grad	Del vis	I mindre grad	I meget ringe grad	Ved ikke
a. Sygehusledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Afdelingsledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Afsnitsledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Den behandlingsansvarlige læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lægegruppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sygeplejerskegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Social og sundhedsassistenterne / sygehjælperne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hvem mener du faktisk tager ansvaret for patientsikkerheden på din afdeling?

Angiv venligst din holdning til hvert udsagn –sæt et kryds (X)

	I meget høj grad	I høj grad	Del vis	I mindre grad	I meget ringe grad	Ved ikke
a. Sygehusledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Afdelingsledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Afsnitsledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Den behandlingsansvarlige læge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Lægegruppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Sygeplejerskegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Social og sundhedsassistenterne / sygehjælperne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Jeg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Ansvar - patienter, kolleger, ledelse

Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
21. Hos os er man omhyggelig med at informere patienter efter hændelser/fejl, der har eller kan have konsekvenser for patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jeg ved nøjagtigt, hvad der forventes af mig i mit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jeg er helt klar over, hvad der er mine ansvarsområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Den enkelte kan gøre meget mere for at undgå patientskader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Vores ledelse kunne gøre meget mere for at undgå patientskader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vores ledelse har en god fornemmelse for hvilke typer af fejl, der faktisk forekommer hos os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Sygehuspersonale har et professionelt ansvar for at reagere på hændelser/fejl, som kunne skade patienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Patienten kan ofte selv hjælpe til med at forhindre hændelsen/fejlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hvis mine kolleger ikke følger instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger, blander jeg mig ikke i det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Min ledelse har krav på at blive orienteret, når der er sket en hændelse/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Patienter har krav på at blive orienteret, når der indtræffer en hændelse/fejl med konsekvenser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Hos os er vi helt klar over, hvem der gør hvad i det daglige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mine kolleger tilbageholder undertiden information over for patienter om hændelser/fejl, der har eller kan have konsekvenser for patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Jeg tilbageholder undertiden information over for patienter om hændelser/fejl, der har eller kan have konsekvenser for patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Hvis du har tilbageholdt information over for patienten, må du gerne angive grund(e):

F. Kompetence, stress, træthed

Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
35. Jeg er mere tilbøjelig til at begå fejl i en presset situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Jeg er bekymret for, at nogle af medarbejderne hos os ikke holder sig ajour med faglig viden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Jeg er mindre effektiv, hvis jeg er stresset eller træt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Jeg spørger andre om hjælp, når der er stor arbejdsbelastning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Min indsats bliver ikke påvirket negativt af at arbejde med uerfarne kollegaer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Min evne til at tage beslutninger er lige god, uanset om der er tale om nødsituationer eller rutinemæssige forhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Set i bakspejlet har min uddannelse forberedt mig godt til at praktisere i den virkelige verden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Enhver kan begå fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sygehuspersonalets viden og færdigheder bør regelmæssigt vurderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Hos os er der tilstrækkeligt med midler til efteruddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hos os får nyansatte en grundig introduktion vedrørende patientsikkerhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Hvis jeg spørger om hjælp, fremstår jeg som inkompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Jeg bliver flov, hvis jeg begår fejl foran mine kolleger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Jeg føler skyld over de fejl, som jeg har lavet eller været involveret i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Jeg ser frem til at komme på arbejde hver dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Jeg nyder at fortælle om min arbejdsplads til andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Jeg føler, at arbejdspladsens problemer også er mine ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Jeg oplever, at min arbejdsplads har stor personlig betydning for mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Hos os bliver godt arbejde anerkendt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Hvis jeg brokker mig over dårlige arbejdsforhold mister jeg muligheden for forfremmelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. Tillid, motivation og engagement

<i>Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn – sæt et kryds (X)</i>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
55. Min nærmeste leder er ikke bange for at indrømme sine fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Min nærmeste leder udviser generelt stor tillid til sine medarbejdere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Min nærmeste leder er ikke god til at støtte personale efter alvorlige hændelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Min nærmeste leder handler beslutsomt, når der opstår problemer omkring patientsikkerhed.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Hos os støtter ledelsen aktivt forslag fra personalet om forbedringer af patientsikkerheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Hos os har medarbejderne og ledelsen generelt stor tillid til hinanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Hos os sker der sjældent ændringer, før tingene er gået galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Hos os bliver patientsikkerhed taget alvorligt og er ikke kun facade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Jeg har generelt stor tillid til min nærmeste leder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Jeg er tilfreds med den måde jeg informeres på om vigtige spørgsmål, der vedrører mit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Jeg synes, at mine arbejdsopgaver er meningsfulde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Jeg synes, at jeg yder en vigtig arbejdsindsats.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Jeg føler mig motiveret og engageret i mit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Jeg bliver rost/anerkendt, hvis jeg handler hurtigt for at afdække en alvorlig fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Jeg har tilstrækkeligt tid til at færdigbehandle patienter forsvarligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Tanken om fejl

70. Tanken om at begå en fejl, som kan få alvorlige konsekvenser for en patient...

<i>Sæt et kryds (X) for hvert udsagn</i>	Aldrig	Nu og da	Ofte
a. - får mig til at overveje at opgive mit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. - tynger mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. Retfærdighed

Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
71. Hvis mine kolleger forårsager hændelser/fejl ved ligegyldighed bliver de holdt ansvarlige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Hos os kan lederne godt skelne mellem hændelige uheld og ligegyldighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Hos os kigger man især på årsager, der vedrører de ansatte, og ikke på systemforhold, når patientskader eller hændelser/fejl bliver undersøgt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Hos os bliver man altid behandlet retfærdigt, hvis man er involveret i en hændelse/fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Hos os bliver man ofte udsat for kritik, hvis man kommer til at begå en fejl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Hos os viger ledelsen tilbage for at løse problemer med besværlige medarbejdere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Hos os fokuserer man på skyld, når der går noget galt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Hvis vores ledelse finder ud af at jeg har lavet en fejl, vil jeg få en påtale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. Ledelsesstil

Læs venligst følgende beskrivelse af 4 ledertyper og besvar spørgsmålene nedenfor.

- Type 1. Tager som regel hurtige beslutninger umiddelbart og meddeler dem til sine medarbejdere klart og tydeligt. Forventer at de loyalt følger beslutningerne uden at gøre indsigelser.
- Type 2. Tager som regel hurtige beslutninger, men før de iværksættes, forsøges de forklaret i mindste detalje til medarbejderne. Giver medarbejderne baggrunden for beslutninger, og svarer på et hvilket som helst spørgsmål.
- Type 3. Rådfører sig som regel med sine medarbejdere, før en beslutning tages. Lytter til deres råd, overvejer dem, og meddeler herefter sin beslutning. Han/hun forventer derefter, at medarbejderne arbejder loyalt med at iværksætte beslutningen, uanset om den blev taget i overensstemmelse med deres råd.
- Type 4. Indkalder som regel til et møde med sine medarbejdere, når der skal tages en vigtig beslutning. Fremlægger problemet for gruppen og opfordrer til diskussion. Accepterer flertalsafgørelse.

79. Hvilken af ovennævnte ledertyper, ville du helst arbejde under? - sæt ét kryds

Type 1 ☐ Type 2 ☐ Type 3 ☐ Type 4 ☐

80. Hvilken af ovennævnte ledertyper arbejder du faktisk oftest under? - sæt ét kryds

Type 1 ☐ Type 2 ☐ Type 3 ☐ Type 4 ☐

K. Ledelsens synlighed og kommunikation

<i>Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)</i>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
81. Min nærmeste leder er god til at give klare instruktioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Min nærmeste leder er mere opmærksom på patientsikkerhed end andre ledere, jeg kender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Min nærmeste leder er dårlig til at tage sig af de væsentlige problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Hos os har ledelsen en klar holdning til patientsikkerhed.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Hos os prioriterer ledelsen patientsikkerhed lavt i forhold til effektivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. Kommunikation og samarbejde

<i>Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)</i>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
86. Jeg har svært ved at rette kolleger, hvis de laver fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Jeg bryder mig ikke om, at kolleger blander sig, hvis jeg ikke følger instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Jeg er ikke bange for at indrømme mine egne fejl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Hos os løser vi de daglige problemer og konflikter på en god måde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Hos os lytter læger normalt til sygeplejerskers råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Hos os lytter sygeplejersker normalt til lægers råd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Hos os bør sygeplejersker lytte til lægers råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Hos os bør læger lytte til sygeplejerskers råd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. Beskriv venligst din personlige opfattelse af kvaliteten af samarbejdet med hver af nedenstående grupper:

Angiv venligst din holdning til hver af grupperne – sæt kun kryds (X) ved dem du har arbejdsmæssig relation til

	Meget utilfreds	Lidt utilfreds	Tilstrækkeligt	Lidt tilfreds	Meget tilfreds
a. Sygehusledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Afdelingsledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Afsnitsledelsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Lægegruppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sygeplejerskerne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Social og sundhedsassistenterne/sygehjælpere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Anden gruppe, angiv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. Instrukser / procedurer / vejledninger / retningslinjer

Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn – sæt et kryds (X)

	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
104. Hos os ved vi godt, hvad der er sikkerhedsmæssigt acceptabel eller uacceptabel adfærd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Hos os har mange et mangelfuldt kendskab til instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Sygehuspersonale bør følge de officielle instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger, når det er muligt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Min nærmeste leder kritiserer medarbejdere, når de ikke følger instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Jeg har været vidne til at en kollega har handlet på en måde, der forekom mig "farlig" for patienten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Der er for mange instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger at tage hensyn til set i forhold til den reelle risiko.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Når presset er stort vil min nærmeste leder hellere have os til at arbejde effektivt end i overensstemmelse med instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

111. Hvis jeg undlader at følge instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger, sker det fordi:

<i>Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)</i>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
a. - det letter mit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. - det forbedrer mit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. - jeg bliver presset til det pga. arbejdsbelastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. - det gør alle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. - de er for upræcise /virker ikke efter hensigten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. - der er en faglig begrundelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. - af andre grunde, angiv:					

N. Årsager til hændelser/fejl

112. Når der indtræffer utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet, som sandsynligvis kunne have været undgået, sker dette fordi:

<i>Angiv venligst din enighed/uenighed i hvert udsagn –sæt et kryds (X)</i>	Helt uenig	Noget uenig	Hverken enig / uenig	Noget enig	Helt enig
a. - personalet er udsat for en stor arbejdsbelastning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. - personalet føler ikke ansvar nok for opgaverne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. - uddannelse og oplæring prioriteres ikke tilstrækkeligt..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. - de uerfarne står uden tilstrækkelig opbakning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. - ukvalificeret personale får lov at fortsætte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. - der er for mange afbrydelser/forstyrrelser i arbejdet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. - der er ingen tradition for, at vi retter hinanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. - der bliver brugt for få ressourcer på patientsikkerhed ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. - der er mangelfulde instrukser og vejledning vedrørende teknisk udstyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. - der er for dårlige forhold vedrørende emballage/etiketter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. - den enkelte følger ikke de foreskrevne instrukser / procedurer / retningslinjer / vejledninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O. Faktuelle oplysninger

	Kvinde	Mand		
113. Køn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Over 40	Under 40		
114. Alder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
115. I hvilken afdeling/afsnit og hospital er du ansat?				
a.	<input type="checkbox"/>			
b.	<input type="checkbox"/>			
c.	<input type="checkbox"/>			
d.	<input type="checkbox"/>			
e.	<input type="checkbox"/>			
f.	<input type="checkbox"/>			
g.	<input type="checkbox"/>			
h.	<input type="checkbox"/>			
i.	<input type="checkbox"/>			
	Under 3 måneder	Over 3 måneder		
116. Hvor længe har du været ansat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Læge	Syge plejerske	So.su.ass. / sygehjælper	Andet
117. Faggruppe:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nej	Ved ikke	
118. Findes der nogen form for formaliseret rapportering på din afdeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ja	Nej	Ved ikke	
119. Tror du, at du vil omtale/rapportere flere hændelser/fejl, når der bliver sat et lovmæssigt krav herom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

a. Hvis nej, angiv hvorfor: _____

Mission

At fremme en værdiskabende og miljømæssigt forsvarlig teknologisk udvikling inden for energi, industriel teknologi og bioproduktion gennem forskning, undervisning, innovation og rådgivning.

Vision

Risøs forskning **flytter grænser** for forståelsen af naturens processer og sammenhænge helt ned til den molekylære nanoskala.

Resultaterne **sætter trend** for udviklingen af bæredygtige teknologier inden for energi, industri og bioteknologi.

Indsatsen **gavner** det danske samfund og fører frem til nye industrier i milliardklassen.